



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Factores individuales, familiares y sociales asociados al
embarazo en adolescentes, Centro Materno Infantil**

José Gálvez, Lima - Perú, 2014

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Salud Pública

AUTOR

Verónica Antoinette ARNAO DEGOLLAR

ASESOR

Milena LÓPEZ SÁNCHEZ

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Arnao V. Factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes, Centro Materno Infantil José Gálvez, Lima - Perú, 2014 [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2017.



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Medicina



Unidad de Posgrado
Sección Maestría

ACTA DE GRADO DE MAGISTER

En la ciudad de Lima, a los 10 días del mes de mayo del año dos mil diecisiete siendo las 12.00 horas, bajo la presidencia de la Mg. Elsy Haydeé Mini Díaz con la asistencia de los Profesores: Dr. Oscar Fausto Munares García (Miembro), Mg. Sonia Shishido Sánchez (Miembro) Mg. Lupe Antonieta Vargas Zafra (Miembro) y la Dra. Milena López Sánchez (Asesora); la postulante al Grado de Magíster en Salud Pública, Bachiller en Obstetricia, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su tesis Titulada: **"FACTORES INDIVIDUALES, FAMILIARES Y SOCIALES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES, CENTRO MATERNO INFANTIL JOSÉ GÁLVEZ, LIMA-PERÚ, 2014"** con el fin de optar el Grado Académico de Magíster en Salud Pública. Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, habiendo obtenido la siguiente calificación **C BUENO 16**. A continuación la Presidenta del Jurado recomienda a la Facultad de Medicina se le otorgue el Grado Académico de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA** a la postulante **VERÓNICA ANTOINETTE ARNAO DEGOLLAR**.

Se extiende la presente Acta en tres originales y siendo las 1.45 horas, se da por concluido el acto académico de sustentación.

Dr. Oscar Fausto Munares García
Profesor Auxiliar
Miembro

Mg. Sonia Shishido Sánchez
Profesora Asociado
Miembro

Mg. Lupe Antonieta Vargas Zafra
Profesora Auxiliar
Miembro

Dra. Milena López Sánchez
Profesora Principal
Asesora

Mg. Elsy Haydeé Mini Díaz
Profesora Principal
Presidenta

DATOS GENERALES

TÍTULO

Factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes, Centro Materno Infantil José Gálvez, Lima – Perú, 2014.

AREA DE INVESTIGACIÓN

Ciencias Médico – Sociales.

AUTOR RESPONSABLE DEL PROYECTO

Licenciada Obstetra Verónica Antoinette Arnao Degollar.

ASESORA

Mg. Milena López Sánchez.

INSTITUCIÓN

Centro Materno Infantil José Gálvez.

ENTIDADES O PERSONAS CON LAS QUE SE COORDINARÁ EL PROYECTO

Francisco Vallenas Pedemonte. Director de la Red de Salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo.

Eduardo Ponce Rodríguez. Director de la Micro Red de Salud José Gálvez – Nueva Esperanza.

Erick Medina Medina. Jefe del Servicio de Obstetricia del Centro Materno Infantil José Gálvez,

DURACIÓN

12 meses, de enero a diciembre del 2014.

CLAVE DEL PROYECTO

Embarazo - Adolescencia - Factores

ÍNDICE

LISTA DE TABLAS	V
RESUMEN	VII
SUMMARY	VIII
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Situación problemática.....	1
1.2 Formulación del Problema.....	11
1.3 Justificación de la Investigación.....	11
1.4 Objetivos de la Investigación	12
1.4.1 Objetivo General	12
1.4.2 Objetivos Específicos.....	12
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	13
2.1 Antecedentes del problema	13
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	13
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	21
2.2 Bases teóricas	30
2.2.1 Adolescencia	30
2.2.2 Embarazo adolescente	32
2.2.3 Factores de riesgo	35
2.2.4 Factores protectores	38
2.2.5 Instrumentos empleados en el estudio	39
2.3 Definición de términos	40
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	42
3.1 Hipótesis general	42
3.2 Identificación de variables.....	42
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	44
4.1 Tipo y diseño de investigación.....	44
4.2 Unidad de análisis	46
4.3 Población de estudio	46
4.4 Tamaño de la muestra	47
4.5 Selección de la muestra.....	48

4.6	Técnicas de recolección de datos.....	49
4.7	Análisis e interpretación de la información.....	52
CAPÍTULO V: RESULTADOS		55
5.1.	Análisis cuantitativo: Pruebas de chi-cuadrado y cualitativo.....	55
5.1.1	Datos generales.....	55
5.1.2	Factores individuales	58
5.1.3	Factores familiares.....	68
5.1.4	Factores sociales	78
5.2	Análisis cuantitativo: Odd-ratio	79
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....		81
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		93
7.1.	Conclusiones	93
7.2.	Recomendaciones	93
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		95
Anexo N°1.....		103
Anexo N° 2.....		104
Anexo N° 3.1.....		105
Anexo N° 3.2.....		107
Anexo N° 4.....		109
Anexo N° 5.....		112
Anexo N° 6A		114
Anexo N° 6 B		116
Anexo N° 7.....		120
Anexo N° 8.....		123
Anexo N° 9.....		125
Anexo N° 10.....		126
Anexo N° 11.....		128

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1. Edad entre las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Tabla N° 2. Nivel de educación entre las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Tabla N° 3. Ocupación entre las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Tabla N° 4. Recepción de educación sexual entre las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Tabla N° 5. Agente de obtención de educación sexual entre las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Tabla N° 6. Conocimientos de educación sexual entre las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Tabla 7. Relación factor salud emocional entre las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Tabla N° 8. Razones de la primera experiencia sexual entre las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Tabla N° 9. Edad de inicio de vida sexual entre las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Tabla 10. Uso de anticonceptivo en la primera relación sexual entre las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima–Perú, 2014.

Tabla 11. Método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual entre las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima–Perú, 2014.

Tabla 12. Lugar donde adquirieron métodos anticonceptivos las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima–Perú, 2014.

Tabla 13. Motivo del por qué no utilizaron un método anticonceptivo las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima–Perú, 2014.

Tabla 14. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos entre las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima–Perú, 2014.

Tabla N°15. Tipo de Familia de las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Tabla N°16. Presencia de los padres como factor en la gestación adolescente (casos) y la gestación adulta (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Tabla N°17. Violencia Familiar en las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Tabla N°18. Tipo de Violencia Familiar entre las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Tabla N° 19. Nivel educativo del padre y su relación con las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Tabla N° 20. Nivel educativo de la madre y su relación con las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Tabla N° 21. Comunicación con el padre y su relación con las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Tabla N° 22. Comunicación con la madre y su relación con las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Tabla N° 23. Consulta con el padre sobre la sexualidad de las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Tabla N° 24. Consulta con la madre sobre la sexualidad de las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Tabla N° 25. Antecedente de embarazo adolescente en la familia de las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Tabla N° 26. Habilidades Sociales y su relación con las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Tabla N° 27. Odd ratios de los factores individuales, familiares y sociales del embarazo adolescente. CMIJG, Lima – Perú, 2014.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores individuales, familiares y sociales que están asociados al embarazo en adolescentes.

METODOLOGÍA: Estudio de enfoque mixto, con una primera etapa de enfoque cuantitativo y una segunda etapa de enfoque cualitativo. En la etapa cuantitativa, se realizó un estudio de “casos y controles”, para lo cual se utilizó una muestra de 120 gestantes (60 adolescentes y 60 adultas) mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los datos fueron analizados con el programa SPSS-22. Para determinar los factores de riesgo se calculó el odd-ratio (OR) y para el análisis de las variables nominales se empleó la prueba de chi-cuadrado. La etapa cualitativa contó con una muestra de 10 adolescentes informantes clave del grupo caso, en quienes se aplicó una entrevista a profundidad, la cual se grabó con autorización de la participante para sistematizar el contenido.

RESULTADOS: Se demostró que existe asociación significativa entre el factor familiar y el embarazo en adolescentes, tanto en la etapa cuantitativa como en la cualitativa: tipo de familia ($p=0,003$), dinámica familiar ($p=0,011$), violencia familiar ($p=0,015$), tipo de violencia familiar ($p=0,049$), la comunicación con el padre ($p=0,042$), la comunicación con la madre ($p=0,021$) y la consulta a la madre sobre sexualidad ($p=0,024$). El análisis de OR determinó la existencia de dos factores de riesgo: la violencia familiar (OR=2,529; IC: 1,188-5,387) y la escasa consulta a la madre sobre sexualidad (OR=2,366; IC: 1,111-5,040).

CONCLUSIONES: La violencia familiar y la escasa consulta a la madre sobre sexualidad son factores de riesgo asociados al embarazo adolescente.

PALABRAS CLAVES: Adolescencia, Embarazo, Factores de riesgo.

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine individual, familiar and social factors associated to teen pregnancy.

METHODOLOGY: It was a two-stage study with a quantitative approach first stage and a second stage of qualitative approach. In the quantitative stage, a study of "case-control" was conducted on a sample of 120 pregnant women (60 adolescents and 60 adults), using a non-probabilistic convenience sample. Data were analyzing using SPSS-22. To determine the risk factors was calculated the odd ratio (OR) for analyze the nominal variables the chi-square test was used. The qualitative stage featured a sample of 10 teen pregnancy key informants case group, in whom a depth interview was applied, which was recorded with the permission of the participant to systematize the content.

RESULTS: We demonstrated that there was a significant association among family factors and teen pregnancy, both in quantitative and qualitative stage: family type ($p = 0.003$), family dynamics ($p = 0.011$), domestic violence ($p = 0.015$), type of family violence ($p = 0.049$), communication with the father ($p=0.042$), communication with the mother ($p = 0.021$) and consultation to the mother about sex ($p = 0.024$). OR analysis determined the existence of two risk factors: family violence (OR = 2.529, CI 1.188 to 5.387) and limited consultation to the mother about sex (OR = 2.366, CI 1.111 to 5.040).

CONCLUSIONS: Family violence and limited consultation to her mother about sex are risk factors associated to teen pregnancy.

KEYWORDS: Adolescence, Pregnancy, Risk Factors.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación problemática

En las últimas décadas, la población adolescente en América Latina se ha incrementado considerablemente, en comparación con otros grupos etáreos. En el 2010, los y las adolescentes de 10 a 19 años sumaban 110 millones, representando casi una quinta parte (18,7%) de la población total de América Latina y El Caribe. De la misma manera, se contabilizaban 163 millones de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, lo que suponía el 27,5% de la población (UNICEF, 2015).

Pese a los avances de la región en materia de salud, la maternidad adolescente persiste y se expresa con mayor fuerza en los hogares de menores ingresos y nivel educativo (CEPAL/OIJ, 2008; CEPAL/UNFPA, 2011; CEPAL, 2012b).

Si se observan los datos del grupo de mujeres de 15 a 19 años, el porcentaje fue de 14% en el 2000 y disminuyó a 12,5% en el 2010 (este nivel actual es casi igual al que había hace 20 años). A pesar de este descenso, América Latina sigue ocupando un lugar preocupante, en el panorama mundial, que sólo es superado por los países africanos.

En nuestro país, en el año 2013, la población adolescente fue de aproximadamente 5,7 millones, representando el 19% de la población total (INEI, 2013). De este total, se ha estimado el número de adolescentes mujeres en 2'855 900 (9,2% del total de la población).

Si bien la fecundidad global en el Perú ha ido en descenso en los últimos 25 años, desde 4,3 a 2,5 hijos por mujer en edad fértil, la fecundidad en adolescentes no ha tenido el mismo comportamiento, sino más bien está presentando una curva al alza en los últimos diez años. En base a los datos proporcionado por el INEI (2014) y tomando en cuenta que las cifras que ofrece sólo considera a las adolescentes entre 15 y 19 años, la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas evidencia una tendencia a incrementarse entre los años 2000 (13,0%) y 2013 (14,6%); similar comportamiento se percibe en el porcentaje de aquellas que ya son madres (11,7%) y de las embarazadas del primer hijo (2,9%). Si bien la mayoría de estas adolescentes, una vez embarazadas poseen pareja conyugal, alrededor de un tercio son madres sin pareja conyugal: 25,5% son solteras y 6,8% separadas o divorciadas (INEI, 2013).

Los mayores porcentajes de adolescentes que eran madres o que estaban embarazadas con el primer hijo se presentan en las mujeres con primaria (34,1%) y son las que se encuentran en el quintil inferior de riqueza (24,0%) (INEI, 2014). Otro dato relacionado al embarazo de las adolescentes en nuestro país es el alto índice de deserción escolar, en el año 2013, 8 de cada 10 adolescentes alguna vez embarazadas no asisten a un centro educativo (INEI, 2013).

Las adolescentes que enfrentan un embarazo no planeado afrontan un número importante de consecuencias en la dimensión individual, familiar y social, como son: el abandono de sus parejas, la imposibilidad de concluir sus estudios escolares (que limita sus planes de vida y el acceso a oportunidades de desarrollo), el incremento de los riesgos en la morbilidad de la adolescente embarazada y su bebé, la limitada capacidad de la adolescente madre para cuidar y criar al niño/a (MINSA, 2014).

A estos datos debe considerarse que más del 60% de los hijos de madres adolescentes viven con los abuelos maternos, la familia del padre o con otros familiares, lo que representa una carga económica y social para los hogares

de los familiares y un conflicto para el adecuado cuidado del/de la recién nacido/a y de la adolescente (Távora, 2015).

Por lo mencionado anteriormente, el embarazo en adolescentes representa un problema de salud pública, no solo asociado a los trastornos orgánicos propios de la juventud moderna, sino porque están implicados factores socio-culturales y económicos que comprometen el binomio madre-hijo (Pereyra H, 2002), factores que aún en la actualidad son objetos de estudio y que varían de acuerdo a las características socio-culturales de cada país.

Otros datos relevantes, a considerar en el análisis de esta problemática, son los factores determinantes del embarazo en adolescentes, los cuales pasaremos a describir en nuestra realidad sanitaria nacional.

Según la ENDES 2012, un 8.5% de las mujeres de 25 a 49 años manifestó haber tenido relaciones sexuales coitales antes de cumplir los 15 años y un 41% antes de los 18 años, cifras mucho mayor que años anteriores. Estos hallazgos demuestran que las adolescentes comienzan la actividad sexual a más temprana edad, aunque en un ambiente desfavorable y carente de información acerca de las posibles repercusiones y de las formas para evitarlas. Otro factor de riesgo es la iniciación sexual bajo coerción, que se da, en especial, en las adolescentes menores de 15 años.

Los datos de la ENDES 2012, señalan que el uso actual de métodos anticonceptivos modernos entre las adolescentes sexualmente activas es de 61.5%, siendo el condón masculino el más requerido (42.4%). Las adolescentes que no usan ningún método anticonceptivo están expuestas a embarazos no planeados.

Flórez (2005) demuestra que la frecuencia de charlas de educación sexual impartidas en las escuelas no ha mostrado efecto importante en la reducción del embarazo no planeado en adolescentes. Se constató que la educación sexual impartida es más bien informativa de los órganos reproductivos y la

prevención de enfermedades de transmisión sexual, pasando por alto las necesidades de formación integral de las y los adolescentes. Según Mujica y otros (2013), la mayoría de las adolescentes manifestaron que sí habían recibido algún tipo de capacitación, principalmente en la escuela o al acudir al centro de salud, antes de salir embarazadas, y que tenían información y conocimiento de la función de los métodos anticonceptivos. Aunque esto no indique que las capacitaciones y la información sean de calidad, sí es posible pensar que no hay una ausencia total de conocimiento de los métodos anticonceptivos (INEI, 2012).

El nivel de escolaridad sigue teniendo un papel preponderante en el inicio de la vida reproductiva. Carecer de escolaridad o tener la primaria incompleta aumenta notablemente las probabilidades de tener al primer hijo en la adolescencia, mientras que culminar la secundaria o más incide de manera importante en la probabilidad de convertirse en madre a edad adulta (MINSA, 2013).

Existen evidencias que la fecundidad adolescente está influenciada por la familia. En relación a la estructura familiar, estudiada sobre todo en países desarrollados, se ha encontrado que las mujeres adolescentes que no conviven con ninguno de los progenitores registran tres veces más frecuencia de la falta de uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual que las adolescentes que viven con ambos progenitores. No se han encontrado estudios entre el tipo de parentalidad y su relación con el embarazo adolescente (MINSA, 2013).

Respecto a la comunicación entre hijos adolescentes y padres, se ha encontrado que la madre parece ser una figura clave, aún para los adolescentes, no obstante, todavía se observa temas tabúes que no se conversan entre ambos (Távora, 2015; MINSA, 2013).

Mujeres adolescentes que pertenecen a círculos de violencia social tienen mayor riesgo de cursar un embarazo, ya sea porque son víctimas de violencia familiar, abuso sexual y/o explotación sexual (MINSA, 2013).

En relación a la violencia, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, a través del Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual (PNCFS), reportó que, para el año 2013, los y las adolescentes de 12 a 17 años representaron el 46% de casos atendidos en los Centros de Emergencia Mujer de la población de 0 a 17 años, siendo más frecuente la violencia sexual y psicológica. En relación a la persona responsable de la violencia hacia las y los adolescentes, el principal agresor es el padre o madre (MIMP, 2013).

Los y las adolescentes que tienen más dificultades para planear sus decisiones, presentan deficiencias en por lo menos dos aspectos: la confianza en sí mismos/as y la autodeterminación. Cuando estos dos aspectos están alterados, las decisiones del/de la adolescente se dan en un estado de vulnerabilidad (Flórez, 2005).

Existen, pues, múltiples factores que inciden en el embarazo no planificado en la adolescencia, entre ellos: la falta de información y/u orientación sobre el ejercicio de la sexualidad de manera sana y responsable, la imposibilidad de acceder a métodos anticonceptivos adecuados, la falta de educación sexual integral, etc. (MINDES, 2011). Es claro que estas razones son importantes, pero explican sólo una parte del fenómeno, no toda su estructura. Así, es necesario estudiar la prevalencia de otras causas del fenómeno: problemas psicológicos, el entorno familiar inadecuado y la falta de desarrollo de habilidades sociales para tener una adecuada toma de decisiones (MINSA, 2013).

Frente a esta problemática, tanto el Estado como la sociedad civil han planteado distintos tipos de intervenciones para revertirla. A continuación presentaremos los avances y desafíos de algunas de ellas.

En Educación, a partir del año 2008, se aprobaron los “Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral” y se planteó el reto de universalizar la Educación Sexual Integral desde la infancia en todas las instancias del Ministerio de Educación.

Al respecto, la Dirección de Tutoría y Orientación Educativa informó que entre los años 2008 y 2011, se implementó el Plan Piloto de Educación Sexual Integral (ESI) en ocho regiones del país (Lima Metropolitana, Callao, Ica, Ucayali, Puno, Ayacucho, Amazonas y Junín). Hasta el año 2010 se han alcanzado 1233 instituciones educativas y 623 915 estudiantes.

Desde la Dirección de Tutoría se ha brindado asesoría técnica a 246 especialistas de las UGEL para que implementen ESI desde las acciones que realicen en las instituciones educativas. Asimismo, se tiene un Piloto en siete regiones en coordinación con ONGs para la implementación de la ESI en el nivel inicial.

Sin embargo, la implementación aún no se ha realizado en su totalidad y una de las problemáticas es que el personal docente no cuenta con las competencias necesarias para desarrollarlo adecuadamente. (MINEDU, 2008). Además, el desarrollo de la Educación Sexual Integral desde la infancia supone identificar competencias y capacidades que deberán estar articuladas al logro de uno o varios de los aprendizajes fundamentales, especialmente en Desarrollo Personal, todo ello dentro del Marco Curricular Nacional que todavía está en construcción.

Por otro lado, de acuerdo con uno de los informes del Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Perú ha invertido el año 2012 para la prevención del embarazo adolescente, un presupuesto de 1'759,603 nuevos soles en el nivel nacional y al 2013 se cuenta con un presupuesto asignado de 2'028,224 nuevos soles en el nivel nacional. No obstante, ello resulta insuficiente ya que representa el 0.9% del presupuesto del programa salud materno neonatal y el promedio de inversión por adolescente es de S/. 4 nuevos soles, y que no incluyó los presupuestos y las agendas de los otros sectores del Estado que tienen responsabilidad sobre esta problemática.

Esta escasa preocupación del gobierno nacional se refleja también en los gobiernos regionales, a pesar del compromiso asumido por las autoridades en el proceso electoral regional del año 2010. En el año 2012, sólo ocho

gobiernos regionales del país contaban con ordenanzas que protegían los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes: Ucayali, Ayacucho, Piura, Ica, Ancash, Lambayeque, Tumbes y Lima. Es de preocupación la nula ejecución en Madre de Dios y Moquegua, y la baja ejecución en Pasco (UNFPA, 2013).

El Ministerio de Salud, desde la última década del siglo pasado, planteó los servicios para la “Atención integral de salud en la etapa de vida adolescente”, con la finalidad de mejorar el acceso de esta población a sus servicios y contribuir así con la salud de los mismos, donde se abordan temas como salud física, psicosocial, sexual y reproductiva de las/los adolescentes, tomando en cuenta el contexto familiar y comunitario.

Para el año 2013 se ha dado la implementación de 3,180 servicios de salud diferenciados para las y los adolescentes, habiéndose incrementado con respecto al año 2012, en el que sólo se contaba con 2,881. Los departamentos que tienen la mayor concentración de servicios diferenciados para adolescentes son Piura, Puno, Cuzco y Arequipa. En el otro extremo se encuentran los departamentos con escasos servicios, que son los departamentos amazónicos que justamente ostentan las más altas tasas de embarazo adolescente y donde disminuirla aparece aún como un desafío: Amazonas (21.4%); Ucayali (24,9%), Madre de Dios (27,9%) y San Martín (21,2%).

Sin embargo, muchos de estos servicios diferenciados fueron implementados con financiamiento de la sociedad civil y/o por las agencias cooperantes, siendo los profesionales de salud quienes ofertaban la atención de manera voluntaria además de otras múltiples funciones que se les designaba bajo contratación. Además, estos servicios no han sido implementados en su totalidad, sobre todo en el primer nivel de atención, pues en muchos establecimientos de salud, con alta prevalencia de embarazos adolescentes, no existen horarios diferenciados, ambientes exclusivos ni servicios especializados (MINSa, 2013).

En relación a las afiliaciones por el Seguro Integral de Salud – SIS, el porcentaje de adolescentes al SIS ha aumentado desde el año 2012 al 2013 de 41.3% a 47.3%.

Una manera de evidenciar los avances en la relación entre los servicios que presta SIS y la atención integral de la salud adolescente es que el año 2010 todos los motivos de atención de la población adolescente afiliada al SIS era recuperativo, en el año 2013, esto cambia, siendo los principales motivos de atención de adolescentes los preventivos, liderando la evaluación del estado de desarrollo, la consejería sobre anticoncepción, y el examen para la detección de trastornos mentales. Sin embargo, este tipo de atenciones no ha llegado a todos los establecimientos de salud, en especial los del primer nivel de atención, y el desarrollo de actividades a nivel extramural es muy pobre (MINSA, 2013).

En el año 2012, se ha aprobado el Plan Multisectorial para la prevención del Embarazo Adolescente 2013 – 2021, que tiene como objetivo establecer acciones a desarrollar por el sector público y sociedad civil, a nivel nacional, para prevenir y disminuir el embarazo adolescente en el país. Se establece como meta reducir en 20% la prevalencia del embarazo en adolescentes y se plantea una serie de estrategias que todavía están en proceso de implementación en lugares pilotos. Esta acción, hizo que el Perú obtuviera el Premio Resolve 2014, otorgado por el Consejo de Líderes Globales para la Salud Reproductiva del The Aspen Institute de Estados Unidos, por abordar el problema del embarazo adolescente en forma multisectorial. (MINSA, 2013).

Desde el año 2007, el Ministerio de Salud tiene vigente la Guía de atención a personas afectadas por la violencia de género, la cual establece obligación de los establecimientos de salud de adoptar medidas de prevención, detección, atención y recuperación frente a la violencia psicológica, física y sexual contra las niñas, adolescentes y mujeres en general. En los casos de atención a víctimas de violencia sexual, establece la obligación del personal de salud de realizar los exámenes clínicos, las

pruebas de laboratorio, la toma de muestras y la prescripción de determinados medicamentos que permitan a la víctima recuperar y evitar una mayor lesión de la salud física y mental.

Sin embargo, el Informe N° 003-2012-DP/ADM, de la Defensoría del Pueblo reportó lo siguiente: la existencia de cinco protocolos del Ministerio de Salud para la atención de la salud física y mental de las víctimas de violencia en los servicios públicos de salud que dificulta la uniformidad de criterios en la atención; la no gratuidad de la cobertura de la atención a una mujer víctima de violencia; inexistencia de un sistema de registro único; inexistencia de un ambiente especial que garantice la privacidad requerida para atender a las víctimas de violencia así como que es necesaria mayor capacitación del personal de salud en esta materia; deficiencias en la atención que dificultan la recuperación de la salud física, salud sexual y reproductiva y mental de las víctimas de violencia.

Actualmente, la distribución de anticoncepción oral de emergencia a las mujeres víctimas de violación sexual se encuentra restringido pues los insumos son insuficientes, reduciendo así las posibilidades de evitar un embarazo no planificado producto de la violación sexual.

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) tiene entre sus competencias la prevención, protección y atención de la violencia contra la mujer y la familia, promoviendo la recuperación de las personas afectadas, así como la protección de poblaciones vulnerables: niñas, niños y adolescentes.

Dentro de su trabajo realizado está el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021 que establece entre sus resultados la reducción del número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia familiar y escolar, y reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia sexual. El Resultado Esperado 9 es que las y los adolescentes posterguen su maternidad o paternidad.

El MIMP a través de los diversos servicios realiza acciones de prevención y atención integral de los casos de violencia familiar y/o sexual: 187 Centros de Emergencia Mujer (CEM) a nivel nacional, el servicio de consultas telefónicas – Línea 100 (contención emocional, orientación e información), línea 100 en acción (intervención con un equipo de profesionales que acuden inmediatamente al lugar de los hechos para atender a la víctima familiar o sexual), el servicio de Chat 100 (sala virtual donde adolescentes y jóvenes reciben orientación psicológica para la prevención de violencia en sus relaciones de pareja). No todas estas estrategias funcionan adecuadamente.

Asimismo, en el año 2012, se aprobó la “Estrategia de Prevención, Atención y Protección frente a la Violencia Familiar y Sexual en Zonas Rurales”, que pretende articular esfuerzos, recursos y capacidades con la comunidad, autoridades locales y la sociedad civil organizada; a fin de prevenir y promover el acceso a la justicia, protección y recuperación de las personas afectadas por hechos de violencia familiar y sexual; con enfoque de derechos humanos, equidad de género, interculturalidad, integralidad y territorialidad.

Sin embargo, se requiere de fortalecer los actuales mecanismos de protección a través de la mayor articulación en las intervenciones de prevención, protección, atención y sanción por parte de todos los sectores del Estado (en todos sus niveles) y con la sociedad civil; aún hay poca respuesta que enfrente el problema del embarazo adolescente y, concretamente del abuso y explotación sexual desde sus causas.

A pesar de este panorama de avances y desafíos, el Perú sigue siendo uno de los países latinoamericanos con mayor tasa de embarazos adolescente y mortalidad materna, además de tener una gran problemática socio-cultural en este grupo poblacional, por lo que se decide realizar el presente estudio en José Gálvez, localidad que comprende una zona rural y urbano marginal de Lima Metropolitana, donde aún no ha llegado ninguna de las intervenciones realizadas, como expresión de uno de los sectores de la población con mayores riesgos.

Para ello se formula el siguiente problema de investigación:

1.2 Formulación del Problema.

¿Cuáles son los factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes, en el Centro Materno Infantil José Gálvez, Lima – Perú, en el año 2014?

1.3 Justificación de la Investigación

Es necesario realizar la presente investigación, ya que diferentes fuentes señalan que, durante estos últimos años, no se ha producido una disminución significativa de las tasas de embarazo adolescente en nuestro país. Este hecho constituye un serio problema de salud pública, por los múltiples efectos negativos para la salud y el desarrollo personal de los adolescentes, tales como la mayor incidencia de muertes maternas y perinatales, abortos realizados en condiciones irregulares, incremento alarmante de suicidios, abandono de la escuela y la disminución de oportunidades de desarrollo personal. También influye en el desarrollo integral del futuro hijo, la relación con la pareja y es un factor gravitante para la estabilidad familiar. Todo lo descrito anteriormente, compromete el desarrollo socioeconómico del país debido a que se incrementa el número de mujeres y varones con bajos niveles educativos, disminuyen las oportunidades y mejores condiciones laborales, lo que a su vez, favorece la reproducción de la pobreza y la exclusión social.

Las cifras de la fecundidad adolescente están dando la alerta respecto de la gran fragilidad y vulnerabilidad que sigue caracterizando a este sector poblacional, y señalan la necesidad de revisar las políticas y estrategias que se vienen implementando desde el Estado para la prevención del embarazo en adolescentes, las cuales pueden no estar dando cuenta de las particularidades locales, e incluso no recoger las diversidades entre las regiones del Perú. Por ello, gana relevancia la realización de estudios de

carácter local que contribuyan a contrastar o validar lo que el nivel nacional expone y, sobre todo, a orientar las intervenciones en salud con base en evidencia local, sin perder la perspectiva nacional.

Es indispensable identificar y caracterizar el impacto que algunos factores producen en el comportamiento de nuestras adolescentes, ya que los factores no siempre son permanentes en el tiempo, por lo que es importante evaluar qué factores mantienen su efecto en el tiempo, qué otros lo pierden y cuáles tienen un efecto más significativo, y, de esta manera, influir de forma positiva sobre estos últimos, con el objetivo de diseñar nuevas políticas tendientes a prevenir el embarazo adolescente, que puedan ser implementadas sobre todo en el primer nivel de atención.

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 *Objetivo General*

Determinar los factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes, en el Centro Materno Infantil José Gálvez, Lima – Perú, 2014.

1.4.2 *Objetivos Específicos*

- a) Identificar los factores individuales asociados al embarazo en adolescentes, en el Centro Materno Infantil José Gálvez, Lima – Perú, 2014.
- b) Establecer los factores familiares asociados al embarazo en adolescentes, en el Centro Materno Infantil José Gálvez, Lima – Perú, 2014.
- c) Precisar los factores sociales asociados al embarazo en adolescentes, en el Centro Materno Infantil José Gálvez, Lima – Perú, 2014.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del problema

El embarazo en adolescente es un problema de salud pública: a nivel mundial representa entre el 15 y 25% del total de embarazos y a nivel de América Latina y El Caribe (MINSA, 2016) el porcentaje se ha incrementado alarmantemente. Esta tendencia ha motivado la realización de diversos estudios, algunos de los cuales nos permiten orientar el análisis de la presente investigación.

2.1.1 Antecedentes internacionales

- Trinidad y Col. (2015), en su artículo titulado *“Percepción de la relación afectiva con los padres como principal factor que influye sobre el embarazo en adolescentes en Veracruz, México”*, realizaron un estudio de carácter cualitativo en la casa hogar VIFAC del puerto de Veracruz. El objetivo de esta investigación fue indagar de manera profunda cada uno de los factores que influyen en el embarazo, en especial la relación afectiva de los padres, como fueron desarrollándose y cuáles fueron los atenuantes y agravantes ante la situación expuesta para, de esta manera, obtener un análisis profundo de cada una de las adolescentes embarazadas. Para ello entrevistaron adolescentes embarazadas que acudieron a esta institución, en donde, con base a los datos obtenidos, observaron factores de riesgo que elevan de manera exponencial que adolescentes de entre 12 a 19 años queden embarazadas, vistos desde la perspectiva de las propias adolescentes. El estudio se realizó en una muestra de 16 participantes, formando dos grupos, uno de adolescentes embarazadas y otro del padre y/o tutor de estas para,

obtener un panorama más amplio de la situación. Se pudo concluir que el nivel de disfunción familiar que presentan estas adolescentes, debido a la ***ausencia de la figura paterna***, produjo un impacto significativo en el seno familiar, obligando a la madre a compensarlo mediante una estabilidad económica, llevándolas a ejercer trabajos con jornadas laborales extensas, desencadenando un deterioro exponencial de la relación familiar, produciendo una decadencia en la comunicación, conllevando a la adolescente a buscar afecto fuera de la familia y a la toma de decisiones equivocadas.

- Gómez y Montoya (2014), en su trabajo titulado “*Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012*”, realizaron un estudio Cross sectional, en el área urbana del municipio de Briceño, Antioquía, entre Abril y Mayo de 2012. Se aplicó una encuesta dirigida a buscar información sobre factores: sociales, demográficos, familiares y económicos. Se implementó un modelo de regresión logística. Las adolescentes que respondieron las encuestas fueron 193. Entre los factores asociados mediante el análisis multivariado con mayor riesgo de embarazo adolescente fueron: la edad (OR: 8,33 IC; 1,82-38,14), el estrato socioeconómico (OR: 12,52 IC; 1,58-98,91), la ocupación (OR: 7,60 IC: 3,0-19,27), la convivencia con la pareja (OR: 17,47 IC; 3,63-83,94), el inicio temprano de las relaciones sexuales (OR: 1,95 IC; 0,69-5,5), el número de compañeros sexuales (OR: 1,70 IC; 0,74-3,86), el nivel de escolaridad del padre (OR: 3,05 IC: 1,019,22), el hecho de haber sido violada (OR: 3,66 IC; 1,12-11,96) y los ingresos económicos familiares (OR: 3,98 IC; 1,45-10,92). Se pudo concluir que el estudio encontró que la edad, el estrato socioeconómico, la ocupación, la convivencia con la pareja, el inicio temprano de las relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales, el nivel de escolaridad del padre, haber sido violada y los ingresos económicos familiares estaban asociados con el embarazo en adolescentes en el área urbana del municipio de Briceño.
- Flórez y Soto (2013), en su estudio a profundidad titulado “*Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia*”, plantearon

como objetivo general identificar los factores que entre 1990 y 2010 fueron de riesgo y de protección del embarazo adolescente, determinando aquellos que permanecen en el tiempo y aquellos que pueden asociarse a condiciones particulares del contexto temporal. Este trabajo caracterizó a las adolescentes alguna vez embarazadas y aquellas que no lo han estado, según grupo de edad (13 a 16 y 17 a 19 años) y estado conyugal (unidas/no unidas), e identifica los factores distales (protectores y de riesgo) del embarazo adolescente a lo largo del tiempo. Para esto, utilizó las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS), realizadas entre 1990 y 2010. Se estiman modelos Probit y Probit bivariado para las adolescentes entre 15 a 19 años, por grupo de edad y por condición de unión. Para el 2010, se estima un modelo más amplio en términos de edad (13 a 19 años) y de factores distales. El análisis descriptivo indica que, aun controlando por edad, el grupo de adolescentes que no ha iniciado relaciones sexuales ha estado sistemáticamente caracterizado por condiciones socioeconómicas y demográficas más favorables; en segundo lugar, está el grupo de las nunca unidas que han iniciado relaciones sexuales; seguido por el grupo de alguna vez unidas con las condiciones más desfavorables. Los resultados del análisis multivariado evidencian la necesidad de usar un modelo Probit bivariado, que ajusta por el sesgo de selección introducido y por el inicio de relaciones sexuales. Los resultados de los modelos muestran que, a lo largo del tiempo, **la condición de alguna vez unida** actúa sistemáticamente como un factor de riesgo (efecto positivo), mientras que la asistencia escolar, el hogar nuclear y el clima educativo del hogar son consistentemente factores protectores (efecto negativo). Adicionalmente, en el año 2010, la educación sexual informal y de los medios masivos de comunicación actúan como factores protectores.

- Luna y Silva (2013), en su tesis titulada *“Conocimientos y factores culturales relacionados al embarazo en adolescentes ingresadas en sala de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Materno Infantil Chinandenga, Segundo Trimestre, 2013”*, realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, en Nicaragua, con una muestra de 50 adolescentes embarazadas de 14 a 19 años de edad. Entre las principales conclusiones de los aspectos

sociodemográficos, la mayoría se encuentra entre las edades de 16 a 19 años, están acompañadas, son amas de casa, del área rural y tienen más de un hijo. La mayoría cree que las relaciones sexuales debe iniciarse entre los 18 a 19 años, que el útero está apto para embarazarse en esta misma edad, que la información sobre sexualidad la recibieron de sus maestros, que quedaron embarazadas en la primera relación sexual y que esto se evita no teniendo sexo. En cuanto al factor cultural la mayoría vive en la casa de sus padres porque estos trabajan; el contacto sexual temprano y la falta de afecto son factores causantes de embarazo; la mayoría asisten a fiestas, consumen bebidas alcohólicas y son influenciadas por sus parejas en la toma de decisiones. Este trabajo evidencia la inadecuada educación sexual que manejan las adolescentes, así como otros factores a estudiar en otras realidades.

- Ávila y Col. (2011), en su artículo titulado *“Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbano-marginales de Comayagüela, Honduras”*, realizaron un estudio de casos y controles en 67 adolescentes embarazadas y 67 adolescentes no embarazadas que fueron aparejadas de acuerdo a su edad y procedencia. Las entrevistadas fueron interrogadas respecto a sus datos generales, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, antecedentes personales y sociales sobre educación sexual, nivel familiar, historia de alcoholismo, tabaquismo o drogas. Se efectuó un grupo focal con adolescentes embarazadas revisando aspectos como la esfera de creencias, ideas y percepciones sobre la sexualidad, métodos de planificación y autoestima. El estudio de casos y controles, reveló asociaciones entre el tabaquismo (OR=6,38; IC95%: 1,24-44,27), el haber completado solamente la **educación primaria** (OR=5,12; IC95%: 2,20-12,10) y proceder de un **hogar desestructurado** (OR=3,66; IC95%: 1,51-8,98) con el estado de caso. El haber recibido educación sexual a nivel familiar fue un factor protector del embarazo en la adolescencia (OR=0,40; IC95%: 0,18-0,85). Este trabajo nos permite evidenciar nuevamente el factor familiar como determinante significativo del embarazo adolescente, además del impacto del grado de instrucción. El estudio de

casos y controles nos permite poder realizar una comparación, consideramos que es más conveniente realizarlo en gestantes mayores de edad, para no afectar los criterios de selección.

- Macías y Col. (2011), en su tesis *“Embarazo en adolescentes de 10 a 19 años de edad que acuden a la consulta de Gineco-obstetricia del Centro Materno Infantil de Andrés de Vera de enero a setiembre del 2010”*, realizaron un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, en el que participaron 180 adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de edad. Se concluyó que las adolescentes embarazadas constituyen el 20%, del total de embarazos atendidos en este establecimiento, sobre todo a edades entre 17 a 19 años de edad, la mayor parte provenientes de zonas urbano-marginales, la mayoría cumple las labores del hogar, evidenciando la tendencia de la cultura ecuatoriana a vivir en estado de unión libre y la mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, el analfabetismo represento sólo el 1% y la mayor parte cursaban la secundaria, lo que pone manifiesto las deficiencias en la enseñanza sobre educación sexual en los colegios y escuelas de esta provincia ecuatoriana; el 93% de las adolescentes nunca utilizaron métodos anticonceptivos. Es importante evaluar los parámetros de educación sexual y métodos anticonceptivos en nuestra realidad para ver si encontramos los mismos hallazgos.
- Blázquez y otros (2010), en el trabajo *“Estilos de vida de embarazadas adolescentes”*, realizaron un estudio observacional, descriptivo, transversal en México, constituido por 30 adolescentes embarazadas que acudieron a consulta externa de control prenatal en un hospital. Se aplicó un instrumento denominado "Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de la Salud" para evaluar los estilos de vida. Se encontró que el 60% de la muestra manifestó estilos de vida no saludables y el 40% estilos de vida saludables. Se concluyó que poco menos de la mitad de la muestra estudiada no se actualiza en temas de salud, más de la mitad no lleva a cabo acciones de responsabilidad con su salud, no realiza ejercitación física y tampoco tiene una alimentación adecuada. El soporte interpersonal se realiza habitualmente y las actividades para manejar el estrés nunca se llevan a cabo. Además, los estilos de vida

de las adolescentes están mediados por otros factores como por ejemplo: familiares (imitar conductas), socioculturales (copiar estilos), psicológicos (baja autoestima), económicos (bajos recursos) y escolares (abandono de la escuela).

- Pinzón, Aguilera y Ruiz (2010), en la tesis “Asociación de las violencias física, sexual y comunitaria con el embarazo en adolescentes: análisis multinivel”, realizaron un estudio de corte transversal, nacional y multinivel en mujeres colombianas entre 13 y 19 años de edad, quienes contestaron la Encuesta de Demografía y Salud en el año 2010. La prevalencia del embarazo adolescente fue del 16.8% IC 95% (16.2 – 17.4). El análisis mostró que la asociación entre embarazo adolescente y violencia individual, representada como violencia sexual [OR= 6.99 IC99% 4.80-10.10] y violencia física [OR= 1.74 IC99% 1.47-2.05], así como la violencia municipal medida con tasas de homicidios altas [OR= 1.99 IC99% 1.29-3.07] y muy altas [OR= 2.10 IC99% 1.21-3.61] se mantuvo estadísticamente significativa después de ajustar por las variables: edad [OR= 1.81 IC99% 1.71-1.91], ocupación [OR= 1.62 IC99% 1.37-1.93], educación primaria o sin educación [OR= 2.20 IC99% 1.47-3.30], educación secundaria [OR= 1.70 IC99% 1.24-2.32], asistir al colegio [OR= 0.18 IC99% 0.15-0.21], conocimiento en la fisiología reproductiva [OR= 1.28 IC99% 1.06-1.54], el índice de riqueza Q1, Q2, Q3 [OR= 2.18 IC99% 1.42-3.34], [OR= 2.00 IC99% 1.39-2.28], [OR= 1.82 IC99% 1.92-2.25] y alto porcentaje de necesidades básicas insatisfechas a nivel municipal [OR= 2.34 IC99% 1.55-3.52]. Este estudio mostró una relación significativamente estadística entre la violencia sexual y física con el inicio de relaciones sexuales y embarazo adolescente después de controlar por factores sociodemográficos y conocimientos en reproducción sexual en mujeres colombianas de 13 a 19 años en el año 2010. Esta asociación debe continuar siendo estudiada para lograr optimizar las estrategias de prevención y disminuir la tasa actual de embarazos adolescentes y sus consecuencias.
- Rodríguez y Col. (2008), en su artículo “Factores de riesgo para embarazo adolescente”, hacen una revisión sobre los aspectos políticos y normativos en salud sexual y reproductiva en los contextos nacional y mundial, así como

de los principales factores de riesgo y las tasas de fecundidad en adolescentes. Entre los factores de riesgo estructurales más relevantes que se asocian al embarazo adolescente está el bajo nivel educativo, la influencia negativa de los medios de comunicación de masas, historia de abuso sexual por un adulto, la inadecuada educación sobre salud sexual y reproductiva, y la familia. Entre los factores de riesgo individuales se menciona el correr riesgos voluntariamente; las creencias y prácticas asociadas a la maternidad y paternidad; la búsqueda de reconocimiento, afirmación social y de afectividad; inicio precoz de relaciones sexuales, familia disfuncional y no uso de métodos anticonceptivos.

- Gonzáles (2008), en su artículo titulado *“Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar”*, cuyo objetivo es estimar la relación entre conocimientos, actitudes y prácticas (comportamientos) de riesgo en la sexualidad juvenil y la estructura y percepción de funcionalidad familiar, realizó un estudio observacional de corte trasversal entre 13 699 adolescentes (10 a 19 años de edad) de 12 colegios públicos de la localidad de Suba, Colombia. Se aplicó una encuesta autodiligenciado donde se interrogó por conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales; y la estructura y percepción del funcionamiento familiar. Como principales resultados se obtuvo una prevalencia de relaciones sexuales de 17%, un 8% de hogares con disfunción severa y 39% nucleares incompletos; las mujeres tienen menos relaciones sexuales que los hombres (OR 0.53; IC 95 %; 0.47-0.59) y se presenta más relaciones sexuales cuando los adolescentes perciben de manera disfuncional a su familia (OR 2.06; IC 95 %; 1.72-2.48). Se concluyó que ***es más importante la percepción de función familiar que la estructura*** como factor de riesgo en la sexualidad de los jóvenes. Urrea (2006) sostiene que en los hogares nucleares completos los adolescentes inician las relaciones sexuales más tardes, situación no encontrada en este trabajo, y que será necesario estudiarlo en nuestra realidad nacional.
- Mosquera (2007), en su tesis *“Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años del Municipio de Buena Ventura, Colombia”*,

llevó a cabo un estudio cuali-cuantitativo, de tipo prospectivo, para identificar los factores asociados al embarazo temprano en adolescentes afro-descendientes de 13 a 19 años de edad. De las 300 adolescentes del estudio se embarazaron 30 (10%). Los resultados principales de la cohorte sugieren que las adolescentes que no fueron a los servicios de salud para asuntos de planificación familiar, tuvieron 4.7 veces la oportunidad de embarazarse durante el seguimiento comparadas con aquellas que si asistieron a los servicios de salud. Asimismo, quienes consideran que en su casa no se les permite tener relaciones sexuales, tuvieron mayor probabilidad de embarazarse. Además, aquellas que no se perciben capaces de evitar las relaciones sexuales cuando no planifican, se sienten culpables por su consumo de alcohol, tienen amigas que han abortado y fueron presionadas para iniciar vida sexual, tuvieron mayores oportunidades de tener un embarazo durante los meses de seguimiento. Adicionalmente, como factores protectores se encontró el hecho que sea la misma adolescente quien decida sus responsabilidades domésticas, tuvieron 70% menos de oportunidad de ocurrencia de un embarazo, en comparación con quienes son otros los que deciden sus responsabilidades. También las adolescentes que reportaron el uso de algún método de planificación familiar entre sus amigas, tuvieron entre 60% y 90% menor oportunidad de un embarazo temprano. La conclusión principal del estudio de cohorte prospectiva desarrollado en Buenaventura, indica que los factores de riesgo y protectores de un embarazo temprano, no sólo están en el nivel individual, sino que pasan al ámbito de los pares, la familia de la adolescente y al de los servicios de salud. Este hallazgo nos permite ver que es importante el análisis de factores familiares y sociales asociados al embarazo adolescente.

- Marín y Villafañe (2006), en su artículo *“La relación familiar como un factor que predice el embarazo adolescente”*, realizaron un estudio de tipo transversal correlacional en México. Se encuestó a una muestra de 82 adolescentes entre 12 y 19 años: 31 embarazadas y 51 no embarazadas. Se evaluó mediante la Escala de Clima Social en la Familia (Family Environment Scale, FES) de Moos. Se encontró que en los factores de expresividad, independencia y orientación cultural e intelectual, existen diferencias

significativas con promedios más altos para el caso de las embarazadas (IND, $t=4.25$, $p<.000$). Asumiendo que la percepción adecuada o inadecuada en cuanto al ambiente familiar, no es el factor principal que predice el embarazo adolescente. Por lo tanto, este estudio abre la posibilidad para futuras investigaciones acerca de los factores familiares de las adolescentes.

- Della (2005), en su artículo titulado “*Uso de métodos anticonceptivos en relación con la información sexual en una muestra de adolescentes embarazadas*”, estudió las características psicológicas y sociodemográficas en una muestra de adolescentes embarazadas, escolarizadas, de 13 a 18 años, de la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Se comparan con un grupo de jóvenes no embarazadas. Se recolectan datos primarios a través de la administración de una encuesta que permite analizar y comparar la relación entre la utilización de métodos anticonceptivos y la información y formación sexual recibida en los distintos ámbitos relacionales. Se analizan asimismo los datos estadísticos. Los hallazgos muestran que la información recibida no incide en la utilización de métodos de control de la natalidad y cuidado de la salud. En conclusión, los datos apoyan la idea de que las adolescentes cuentan con información sexual al alcance de la mano, pero evidentemente carecen de un correcto manejo de la información recibida. A pesar de que éste estudio señala la falta de una adecuada orientación (y no mera información) en materia de educación sexual, no hay estudios dirigidos a contestar la pregunta acerca de la manera óptima de lograrlo. El mayor riesgo comparativo observado no parece ser causado por las especiales condiciones fisiológicas, sino más bien por las variables psicológicas y socioculturales, por lo que se han considerado dentro de este trabajo.

2.1.2 Antecedentes nacionales

- Chunga (2015), en su trabajo de investigación “*Factores que influyen en el embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta Luján – Huacho, 2015*”, realizó un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Se trabajó con una población de 120 adolescentes embarazadas. En el estudio se encuentra que la desintegración familiar es

uno de los principales factores sociodemográfico que influye en el embarazo en adolescentes, el 90% de los adolescentes se encuentra en nivel secundario, el 80% de las adolescentes pertenece a la zona urbana, el 80.8% de las adolescentes tiene un buen trato con sus padres. Respecto a la orientación de los padres hacia sus hijos sobre sexualidad el 77.5% nunca hablaron con sus hijos de sexualidad. En los factores dependientes de la vida personal el 64.2% de adolescentes si tiene conocimiento sobre planificación familiar, el 18.3% utilizó un método anticonceptivo como la píldora del día siguiente. En cuanto las características gineco-obstétricas el 63.3% tuvo su primera menstruación entre los 11 a 12 años, el 35% tuvo su primera relación a los 15 años; el 40.8% tuvo relaciones con una sola pareja, el 59.2% de las adolescentes encuestadas tuvo más de 1 pareja sexual, el 90% de ellas tiene su primera gestación. Este trabajo evidencia la ausencia de comunicación y orientación sobre sexualidad, de los padres hacia sus hijos, es importante evidenciar si este hallazgo está presente en otras realidades.

- Mujica, Zevallos y Vizcarra (2013), en su *“Estudio de estimación del impacto y prevalencia de la violencia sexual contra mujeres adolescentes en un distrito de la Amazonía peruana”*, realizado en el distrito de Mazán, en donde el porcentaje de embarazo adolescente bordea el 30%, encontraron que el 79% de las mujeres de la encuesta que tenían entre 18 y 29 años indican haber sido víctimas de violencia sexual en algún momento de su vida y 68% de las mujeres indican que han sido víctimas de una agresión sexual cuando eran menores de 18 años. El 72% de las mujeres encuestadas que declaran haber sido víctimas de violencia sexual indican que la primera agresión ocurrió cuando tenían entre 14 y 17 años. El 56% de las mujeres de la muestra que tuvieron un hijo entre los 14 y 17 años indican que la causa del embarazo estuvo asociada a alguna forma de violencia sexual, coacción, engaño, consentimiento viciado, etc. Ello implica que casi 6 de cada 10 embarazos adolescentes de esta muestra están relacionados con la violencia. Este dato resulta fundamental para entender la importancia de ampliar las perspectivas de investigación e intervención sobre el fenómeno del embarazo adolescente y entender que la violencia aparece, al menos en esta parte del país, como un factor explicativo relevante, siendo importante

realizarlo en otras regiones. Se demostró que si bien el embarazo está asociado al desconocimiento e inaccesibilidad de métodos anticonceptivos y a barreras de educación en salud, la violencia resulta también una variable muy importante para explicar ese fenómeno.

- Osorio y Col. (2013), en su tesis titulada *“Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2013”*, cuyo objetivo fue determinar los principales factores sociodemográficos en el embarazo de adolescentes, realizaron un estudio de tipo cuantitativo, con diseño observacional-descriptivo. Se encuestó a 100 gestantes adolescentes atendidas en los consultorios externos del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el mes de diciembre del 2013. Se empleó un cuestionario validado, luego del cual se recolectaron los datos y fueron procesados utilizando el programa de SPSS Versión 22, previa elaboración de la base de datos; para las variables de tipo nominal, ordinal e intervalo se usaron medidas de frecuencia. Los principales resultados fueron: el 90% se encuentran entre los 14 a 19 años de edad, el 80% **no planificaron su embarazo**, 64% provienen de **familias desintegradas**, 75% tienen grado de instrucción secundaria, 65% reciben apoyo económico de sus padres, 62% iniciaron sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad y 82% tiene algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.
- Mengole y Lannacone (2009), en su artículo titulado *“Factores socioculturales, conocimiento y actitudes de las primigestas adolescentes y no adolescentes frente al embarazo en el Hospital José Agurto Tello, Chosica, Lima-Perú, 2009”*, realizaron un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal, comparativo a 13 gestantes primigestas adolescentes y 60 gestantes primigestas no adolescentes pertenecientes al Hospital José Agurto Tello, con el fin de determinar si una serie de factores socio-culturales influyen en el conocimiento y actitud frente al embarazo. Se aplicó un cuestionario validado con el que se investigaron las variables que apuntan al objetivo. Se comprobó que, dentro de los factores socio-culturales en el grupo de gestantes adolescentes, predominaron aquellas que se encontraban entre

los 14 y 16 años, estado civil soltera, **grado de instrucción secundaria incompleta**, dedicándose a las labores de casa, viven con su mamá y hermanos, con una **media de inicio de relaciones sexuales de 14 años**. Respecto a las gestantes no adolescentes predominó las edades entre 20 y 23 años, el estado civil fue en la mayoría soltera y conviviente, dedicándose a las labores de la casa, con secundaria completa y la media de inicio de relaciones sexuales fue de 18 años. En cuanto al conocimiento sobre el embarazo las adolescentes tienen un conocimiento deficiente, mientras que las gestantes no adolescentes presentan un conocimiento regularmente logrado. Las adolescentes primigestas presentaron una actitud negativa frente al embarazo. De este trabajo me pareció interesante la aplicación del estudio de casos y controles, pero esta vez entre adolescentes embarazadas, y adultas embarazadas; lamentablemente los factores estudiados fueron centrados en la percepción del embarazo actual y no de los factores asociados.

- Damián y Col. (2008), en su tesis titulada *“Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes en el Instituto Materno Perinatal, 2008”*, cuyo objetivo es analizar los factores familiares y reproductivos que se asocian al embarazo reincidente en adolescentes, realizaron un estudio de casos y controles en el que participaron 80 adolescentes entre 15 y 19 años: 40 primigestas (controles) y 40 multigestas (casos) del servicio de hospitalización del Instituto Nacional Materno Perinatal. La información fue recolectada a través de una entrevista estructurada. El análisis de datos se hizo con la distribución de frecuencias, Chi cuadrado (significativo $p < 0.005$) y para la determinación de las asociaciones se utilizó OR IC 95%. Entre sus principales resultados figuran: las multigestas tuvieron la **presencia de un familiar directo que se embarazó en la adolescencia** (65%); **la relación con los padres fue considerada mala, principalmente con la madre** (35%); la reacción de los padres al enterarse del embarazo fue negativa en casi la totalidad de los casos, muy diferente al de la pareja que fue positiva (60%); el apoyo de los padres fue parcial (35%); el periodo intergenésico es corto (< 2 años) en el 82,5% de casos; el 70% de las multigestas refirieron nunca haber usado un

método anticonceptivo; el anticonceptivo más usado antes del primer embarazo fue el preservativo (22,5%); después de la primera gestación el uso de anticonceptivos aumentó a 77,5%, sin embargo, fue esporádico, usándose principalmente los inyectables (40%). Tuvo una asociación significativa: la edad de la pareja (<18 años) OR= 0,3 IC=0,6-0,9; la edad de inicio de relaciones sexuales (<15 años) OR=6 IC=1,9-18,6 y la edad del primer embarazo (OR=6,3 IC=2,2-17,8). Este trabajo es muy interesante, pues nos permite evidenciar como el factor de estructura y funcionalidad familiar tiene un impacto importante en la recurrencia del embarazo adolescente.

- Roa (2008), en su estudio titulado *“Meta-análisis cualitativo de las investigaciones sobre el embarazo adolescente”* planteó que el embarazo adolescente, por ser considerado un problema de salud pública, ha suscitado una serie de investigaciones que han pretendido identificar los factores de riesgo de esta población; sin embargo, las mismas poseen serias deficiencias metodológicas que es necesario evaluar debido a que pueden ser causa de inadecuados abordajes del tema. Por ello, el objetivo del estudio es conocer y determinar, a través de una metodología de investigación meta-analítica, el nivel de desarrollo metodológico de las investigaciones académicas del embarazo adolescente, publicadas desde 1980 hasta 2005. De los diversos artículos se seleccionaron aquellos de naturaleza empírica que se publicaron desde 1980 hasta el 2005 y que señalaban factores demográficos y sociales característicos de las embarazadas adolescentes. Estos artículos fueron sometidos a análisis estadísticos descriptivos para caracterizar el nivel de desarrollo metodológico y temático de tales investigaciones y de esta manera detectar el estado de la investigación empírica sobre el tema. De la revisión realizada se concluye que aún la investigación empírica sobre el tema no es concluyente debido a que la mayoría de los estudios se han ocupado de señalar numerosas características como disponentes del embarazo adolescente más no se han centrado en reconocer cuál de ellas tendría mayor relevancia para la aparición de este fenómeno; además de ello, los sesgos que poseen ponen en riesgo su rigurosidad científica y que sus conclusiones carezcan de validez. Por lo tanto, se requiere primero la

propuesta de un marco teórico lógico que pueda ser sometido a contrastación, en el cual se precise la relación entre algunas variables y la aparición del embarazo adolescente. Es importante el meta-análisis desarrollado por esta autora, lo que me motivó a trabajar cuidadosamente la parte metodológica de esta tesis para hallar los factores estadísticamente significativos y añadir el estudio cualitativo para profundizar los hallazgos.

- Salazar y Col. (2007), en su estudio titulado *“Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de El Agustino, Lima-Perú”*, cuyo objetivo es explorar los conocimientos generales sobre sexualidad, inicio de relaciones sexuales y la comunicación familiar en adolescentes, realizaron una descripción transversal en diez Instituciones Educativas Nacionales del distrito de El Agustino, aplicándose un cuestionario a adolescentes hombres y mujeres (n=1109), indagando acerca de conocimientos de planificación familiar, métodos anticonceptivos y usos; infecciones de transmisión sexual, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar con los padres acerca de sexualidad. Se reveló conocimientos sobre sexualidad calificados como malo en un 50% (n=632) y muy malo 15.5% (n=172). El inicio de la vida sexual activa fue 17.9% (n=199), con una edad promedio de 14.5 años, de los cuales el 83% (n=165) han tenido relaciones sexuales de riesgo (sin protección de “preservativo”). **La comunicación familiar global entre progenitores y adolescentes** fue 19.4% (n=215) mala y 76% (n=843) muy mala. La comunicación familiar global entre progenitores y adolescentes, con los conocimientos sobre sexualidad, demostró que adolescentes con regular y mala comunicación familiar (95.4%; n=1058) tienen conocimiento malo y muy malo (70.1%; n=778); la comunicación familiar global entre progenitores y adolescentes con relaciones sexuales de riesgo, evidenció que adolescentes con regular y mala comunicación familiar (95.9%; n=1064) tienen mayor frecuencia de inicio de relaciones sexuales (16.5%; n=182); además, hay más frecuencia de relaciones sexuales sin protección (13.9%; n=154). El grado de conocimientos sobre sexualidad versus relaciones sexuales de riesgo reveló que adolescentes, con grado de conocimiento malo y muy malo (72.5%;

n=804) tienen mayor frecuencia en el inicio de relaciones sexuales (9.1%; n=100) y sin protección (7.8%; n=86), resultados estadísticamente significativos con un Chi-cuadrado de Pearson $p=0.000$. Este trabajo nos permite tener un panorama de las características que tienen nuestros adolescentes en una zona capitalina popular, en la que detalles como acceso a la información, modernidad, entre otros, no juegan un rol trascendental como se supondría en las zonas rurales, dejando una paradoja en las investigaciones, tomando mayor importancia otros factores determinantes, como los factores familiares, que deben ser estudiados a profundidad.

- Chávez y Col. (2006), en su tesis *“Incidencia y factores que influyen en el embarazo de adolescentes de 15 -19 años de edad en el Centro de Salud Aparicio Pomares, 2006”*, realizaron un estudio cuantitativo de alcance, descriptivo, correlacional, retrospectivo, transversal, en Huánuco. Trabajó con una muestra representativa de 50 gestantes adolescentes teniendo un universo de 290 mujeres adolescentes gestantes. Entre los principales resultados se tiene un promedio de 54% de adolescentes que presentaron embarazo asociado a factores sociales y el 46 % a factores culturales. Según el lugar de procedencia: zona urbana 28% y zona urbana-marginal 72%. Según grado de instrucción: primaria 24%, secundaria 72% y universidad 2%. Según la edad de inicio de relaciones sexuales 15 a 17 años (82%), 18 a 19 años (19%). Según los conflictos familiares: abandono por sus padres 12%, maltrato psicológico 28%, violencia familiar 58%. Según conocimiento de métodos anticonceptivos: SI 46%, NO 30%, alguna idea 24%. En este trabajo se evidencia la violencia familiar como un importante factor, por lo que es importante estudiarlo si se presenta en otras realidades.
- Miranda (2005), en su tesis *“Factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa El Salvador – 2005”*, realizó un estudio descriptivo, transversal, prospectivo, observacional, basado en 94 gestantes adolescentes que acudieron al Servicio de Obstetricia: Consultorio Externo, Hospitalización y Psicoprofilaxis Obstétrica. La recolección de datos se realizó a través de una encuesta que fue validada para el estudio, la cual se elaboró en base a dos inventarios

psicológicos: Inventario de Eysenck forma B para la medición del tipo de personalidad y estabilidad emocional y el Inventario de Coopersmith para medir el nivel de autoestima. En relación al entorno social se encontró que la educación sexual incompleta inadecuada fue del 83 %; el 94.7% no tuvo presión de amigos para inicio de relaciones sexuales; el 61.7% tuvo sobre estimulación de los medios de comunicación para el inicio de sus relaciones sexuales; el recurso económico bajo fue del 91.5%; el 69.1% no tiene problemas de alcoholismo; ni el 91.5% de tabaquismo y el 97.9% no ha tenido problemas de drogadicción; se presentó en un 44.7% problemas de violencia familiar y el 19.1 % de pandillaje. Se concluye que los factores sociales del entorno familiar están relacionados al embarazo en adolescentes significativamente en comparación con los otros factores. Se encontró relación significativamente estadística entre: el tipo de familia y el estado civil de los padres ($p=0.000$); entre la inestabilidad familiar y el tipo de familia ($p=0.000$); entre la inestabilidad familiar y el estado civil de los padres ($p=0.000$); entre el tipo de patrón de crianza y el tipo de familia ($p=0.011$); entre el antecedente de embarazo y el tipo de familia ($p=0.011$). Este trabajo pone sobre evidencia la importancia de considerar los factores familiares.

En términos generales, se evidenció que algunos de los factores determinantes del embarazo adolescente mantienen su efecto en el tiempo, mientras que otros lo pierden y algunos entran a tener un efecto más sustancial. Esto implica que los efectos de los factores no son permanentes en el tiempo, sino que varían de acuerdo al contexto social y cultural, lo que significa que se requiere de una permanente evaluación de estos efectos, por lo que se hace necesario realizar nuestro estudio para poder indagar más a profundidad estos factores en nuestra realidad nacional.

Como se ha evidenciado en la revisión de los antecedentes, tanto internacionales como nacionales, el conocimiento que se tiene acerca del entorno que rodea a una adolescente, y que pueda ocasionar un embarazo, va más allá de sus características individuales, ya que también involucra a su familia y a su desarrollo social.

Se han clasificado a los factores asociados al embarazo en tres grupos: individuales, familiares y sociales (Poo, 2005). Según la revisión de la literatura, dentro de los **factores individuales** tenemos el inicio precoz de las relaciones sexuales, el nivel educativo (existen trabajos que mencionan el bajo nivel educativo como factor de riesgo; sin embargo, en los trabajos nacionales se encuentra que nuestras gestantes adolescentes tienen nivel de instrucción secundaria, por lo que es importante evaluar nuevamente el comportamiento de esta variable), más de un compañero sexual, violencia sexual, convivencia con la pareja (en especial en zonas como la selva), inadecuada y/o incompleta educación sexual, (existen trabajos que manifiestan que las gestantes adolescentes tienen conocimientos sobre sexualidad, pero carecen de un correcto manejo de los mismos), bajo conocimiento de métodos anticonceptivos (muchos trabajos manifiestan que tienen algún conocimiento de métodos anticonceptivos, pero lo que se pone de manifiesto es la no utilización de los mismos). No se han encontrado estudios que exploren el interior de los adolescentes, por lo que hemos creído conveniente en nuestro estudio analizar esta variable.

En cuanto a los **factores familiares**, podemos apreciar los relacionados a la estructura familiar (familias desintegradas y la ausencia de la figura paterna), dinámica familiar (percepción inadecuada del ambiente familiar, aunque en un estudio nacional refieren que a pesar de existir un adecuado ambiente familiar se da igual la presencia del embarazo adolescente), nivel de escolaridad de los progenitores (no apareció esta variable en estudios nacionales), inadecuada comunicación entre progenitores y adolescentes, ausencia de educación sexual a nivel familiar, presencia de violencia familiar (esta variable está casi ausente en los estudios internacionales, quienes hablan sólo de la violencia sexual, sin especificar si se da dentro del entorno familiar) y antecedente de embarazo adolescente en la familia.

Finalmente, en relación a los **factores sociales** tenemos el consumo de alcohol y drogas, la influencia de la pareja en toma de decisiones, la influencia negativa de los medios de comunicación y la influencia del grupo de amigos. Es difícil poder cambiar el entorno social adverso que rodea a los y las adolescentes,

pero la respuesta que ellos realizan para enfrentarlo está relacionado con las habilidades sociales, por lo que hemos considerado importante su estudio.

El embarazo adolescente es un fenómeno complejo en el que participan un gran número de factores de riesgo. Debemos tener una perspectiva holística que involucre los factores individuales, familiares y sociales, pero para el planteamiento de las intervenciones preventivas es necesario priorizar las intervenciones en aquellos factores que son más significativos, y pueden ser trabajados en el primer nivel de atención, para lo cual se debe indagar la presencia de ellos en las diferentes realidades.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Adolescencia

La adolescencia es una etapa de la vida, que de manera cotidiana suele definirse como un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta. Este concepto, considera a los jóvenes como sujetos carentes de madurez social e inexpertos y, por tanto, esta etapa por la que atraviesan debe ser un periodo preparatorio para el futuro.

Santrock (2003) define la adolescencia “como el período evolutivo de transición entre la infancia y la etapa adulta, que oscila entre los 10 y 12 años, hasta los 18 y 22 años de edad, implica cambios biológicos, cognitivos y socio-emocionales”. Los cambios biológicos comprenden los genes heredados por los padres, el desarrollo del cerebro, el aumento del peso y de estatura, las habilidades motoras, tanto como los cambios hormonales en la pubertad. Los cambios cognitivos, por otra parte, están representados por el pensamiento, la inteligencia, la memoria y la imaginación. Los cambios socio-emocionales lo constituyen las relaciones de un individuo con otras personas, las emociones, la personalidad y el papel que desempeñan los contextos sociales en el desarrollo.

Según la OMS, se delimita cronológicamente la adolescencia como el periodo de desarrollo entre los 10 y 19 años de edad, en donde se producen trascendentales cambios que conducen al ser humano de la niñez hacia la madurez. Esta etapa, a su vez, se divide en dos grupos: el más joven de 10 a 14 años es considerado como “adolescencia temprana”, y los de 15 a 19 años como “adolescencia tardía”; edades donde producto del funcionamiento hormonal hay un incremento de sus impulsos sexuales, los cuales experimentarán como bueno o malo según la educación y formación que haya recibido. Para fines de nuestro trabajo nos quedaremos con esta última definición.

La adolescencia se caracteriza por rápidos cambios físicos que se correlacionan con cambios sociales y psicológicos conducentes a la madurez intelectual y sexual y otros procesos que gradualmente apartan al/la adolescente de la dependencia de los adultos para ganar creciente independencia. El desarrollo físico ocurre varios años antes de que se alcance la madurez psicológica y social. Esta brecha es de crítica importancia en el análisis de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes del tramo de 10 a 14 años (Gómez, 2011).

La etapa adolescente abarca situaciones muy diversas. Durante este periodo los y las adolescentes tienen necesidades específicas para alcanzar un desarrollo pleno y saludable. Por ejemplo, las necesidades de una niña de 12 años serán muy distintas a la de una de 17 años.

Gran parte de las concepciones sobre el ser adolescente hoy reflejan visiones estáticas y ambivalentes entre el discurso sobre las/los adolescentes como “protagonistas del desarrollo” o sujetos de derechos y los mensajes “adultistas” de vulnerabilidad, rebeldía e incapacidad de la adolescencia. Existe, en consecuencia, una brecha entre el reconocimiento formal de las y los adolescentes como sujetos de derechos y las concepciones y valoraciones socioculturales de la adolescencia, lo que incrementa la vulnerabilidad y las situaciones de riesgo frente al embarazo adolescente.

2.2.2 Embarazo adolescente

La salud sexual y reproductiva es un componente fundamental en el ser humano, sobre todo en la adolescencia, debido a que es durante esta etapa que el individuo empieza a fortalecer su identidad sexual y puede tomar decisiones propias en su vida sexual, siendo necesario su reconocimiento como sujeto de derecho y capaz de ejercer su ciudadanía. En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), realizada en 1994 en El Cairo, el Perú se comprometió, al igual que otros países, a *“abordar las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, en particular los embarazos no deseados, el aborto en malas condiciones y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, mediante el fomento de una conducta reproductiva y sexual responsable y sana, inclusive la abstinencia voluntaria y la prestación de servicios apropiados, orientación y asesoramiento claramente apropiados a este grupo de edad.”*

El embarazo es uno de los acontecimientos más trascendentales en la vida de toda mujer, quien al estar preparada física, mental y psicológicamente puede llevarlo con éxito; pero si éste ocurre en una adolescente quien todavía no ha llegado a su completa madurez, se constituye en un verdadero problema de salud pública, por su alto nivel, su resistencia a que el nivel de incidencia disminuya, su marcada desigualdad y las adversidades que implica.

El embarazo adolescente puede definirse como aquel que ocurre dentro de los primeros dos años de edad ginecológica (tiempo transcurrido desde la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental (Dulanto, 2000), aunque para la OMS (OMS, 2014) es mejor delimitarlo “entre los 10 y 19 años”. Lamentablemente, las estadísticas de fecundidad se suelen calcular para la población de 15 a 49 años, por lo que consideran como embarazos adolescentes a aquellos que se producen entre los 15 y 19 años, generando

una disminución en la magnitud de dicho problema en nuestra sociedad (INEI, 2012).

El embarazo adolescente es uno de los hechos más frecuentes en nuestra sociedad; son experiencias difíciles que afectan la salud integral, tanto de los padres adolescentes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí; actualmente es considerado un problema de salud pública debido al creciente aumento, especialmente en los sectores más vulnerables de la sociedad (Gutiérrez, 2007). El embarazo en esta edad es un evento inesperado, sorpresivo. Generalmente se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que están asociados a la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo (Molina, 1992).

Las adolescentes en embarazo, según Guzmán (2006), son consideradas un grupo de alto riesgo reproductivo, no sólo por las implicaciones sociales y psicológicas propias de la gestación, sino porque su cuerpo aún está en proceso de formación. La mortalidad infantil en madres adolescentes es una de las más altas (25 por mil nacidos vivos), sólo la supera la mortalidad infantil en hijos de madres mayores de 40 años. Cerca del 40% de las adolescentes embarazadas presenta bajo peso durante la gestación, lo que conlleva a que sus hijos también puedan tener bajo peso al nacer (Profamilia, 2006). El embarazo en adolescentes está asociado con un riesgo adicional de mortalidad materna, además de mayores probabilidades de prematuridad, bajo peso al nacer y otras complicaciones. En términos de las consecuencias fisiológicas, el embarazo temprano presenta un riesgo intrínseco para la salud de la mujer, pero sólo cuando éste se produce antes de los 16 años. A partir de esta edad, tanto en lo que respecta a la mortalidad infantil como materna los riesgos no son particularmente más elevados en ese grupo que en las demás edades (Guzmán, 2006).

Tras este preocupante panorama, la OMS en el 2011 publicó, junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), unas directrices sobre la prevención de los embarazos precoces y la reducción de los resultados

negativos para la reproducción. Estas directrices contienen recomendaciones sobre las medidas que los países podrían adoptar, en base a seis objetivos principales: a) reducir el número de matrimonios antes de los 18 años; b) fomentar la comprensión y el apoyo a fin de reducir el número de embarazos antes de los 20 años; c) aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes a fin de evitar el riesgo de embarazo involuntario; d) reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes; e) reducir los abortos peligrosos entre las adolescentes; y, f) incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes. La iniciativa tenía por objeto acelerar el progreso hacia la consecución del Objetivo 4 de Desarrollo del Milenio (reducir la mortalidad infantil) y el Objetivo 5 (mejorar la salud materna) el año 2015, alineándose estrechamente con los planes de salud nacionales y proporcionando apoyo financiero y técnico a los gobiernos.

En el caso del Perú, de acuerdo a datos proporcionados por el ENDES 2012, dos son las principales características del embarazo en adolescentes en el Perú: 1) la fecundidad en adolescentes que no ha disminuido con igual intensidad que la fecundidad global; y, 2) el porcentaje de embarazo adolescente que se mantiene en la misma proporción, con un ligero incremento.

A ello, se suman otras características que hacen que el embarazo en la adolescencia sea considerado un problema de salud pública en el país:

- a) Afecta en mayor grado a mujeres con bajo nivel educativo. Tiene mayor prevalencia entre las mujeres adolescentes con educación primaria, el 30,8% ya es madre y el 4,1% está embarazada del primer hijo.
- b) Afecta en mayor grado a mujeres que residen en la selva. El 22,6% de mujeres que reside en la selva ya son madres y el 4,9% está embarazada del primer hijo.

- c) Afecta en mayor grado a mujeres adolescentes del quintil de riqueza inferior. El 21,3% de las adolescentes que pertenecen al quintil inferior ya es madre y el 4,8% está embarazada de su primer hijo.
- d) Afecta en mayor grado a las adolescentes que residen en el área rural. El 17,9% de adolescentes que reside en zonas rurales ya es madre y el 3,6% está embarazada de su primer hijo. Sin embargo, zonas metropolitanas del país como Lima, Callao, Piura y Trujillo presentan cifras al alza en los últimos años.

2.2.3 Factores de riesgo

Se considera factor de riesgo a la característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va adherida a una mayor probabilidad de daño a la salud.

El desarrollo de los individuos no se da en forma aislada, ya que viven y se relacionan con una compleja red de sistemas interconectados, como la escuela, la familia, los grupos de pares y otras instituciones o situaciones que influyen en forma directa o indirecta en el desarrollo de las personas, y cuyas características pueden convertirse tanto en factores de riesgo como en protectores.

Los factores de riesgo son variables que pueden afectar negativamente el desarrollo de las personas. En términos más específicos, cuando se habla de factores de riesgo se hace referencia a la presencia de situaciones contextuales o personales que, al estar presentes, incrementan la probabilidad de desarrollar problemas emocionales, conductuales o de salud. Estos problemas promueven la ocurrencia de desajustes adaptativos que dificultarían el logro del desarrollo esperado para el adolescente en cuanto a su transición de niño a adulto responsable y capaz de contribuir y participar activamente en la sociedad.

Green y Kreuter (1999), en EE.UU., propusieron una clasificación de los factores determinantes de la salud, considerando tres tipos: i) Factores

predisponentes (conocimientos, creencias, valores, actitudes); ii) factores reforzadores (familia, compañeros, docentes, empleados, proveedores de atención de salud, líderes comunitarios); iii) factores facilitadores (disponibilidad de recursos de salud, posibilidad de acceder a la atención de salud, leyes comunitarias y gubernamentales, habilidades relacionadas). Breinbauer (2008), OPS, tomó dicho modelo y lo adaptó considerando que si bien los tres factores pueden afectar la conducta específica de los individuos o instituciones, sólo los factores facilitadores tienen efecto sobre el entorno o las condiciones de vida.

Flórez (2005), en Colombia, propone partir de dos dimensiones de análisis de los factores determinantes del embarazo en adolescentes: i) *determinantes socio-económicos* y ii) *determinantes contextuales*. Al centro del análisis colocó cuatro factores próximos: a) el inicio de las relaciones sexuales; b) la edad de la adolescente ante el primer embarazo; c) el uso de métodos anticonceptivos por las y los adolescentes sexualmente activos; y d) el espacio intergenésico en las adolescentes que ya son madres.

El equipo consultor del MINSA (2010) formó, en base a los factores determinantes de Flórez, cinco contextos para agrupar a los factores de riesgo asociados al embarazo en las adolescentes:

- *Características individuales*: proyecto de vida, identidad y autoestima, ocupación.
- *Contexto cultural*: patrones culturales de la comunidad.
- *Contexto del hogar*: tipo de parentalidad, fecundidad en la adolescencia en la familia, abuso sexual de la adolescente, agresión física familiar, supervisión por padres, nivel de comunicación con la madre, hacinamiento.
- *Contexto social*: pobreza familiar, inequidad en el acceso, estratificación por género, pertenencia a etnia, violencia social.
- *Contexto institucional*: disponibilidad de políticas y programas públicos que velen por la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes.

De acuerdo a lo anterior y al Modelo de Atención Integral de Salud, los factores determinantes del embarazo adolescente, en donde el profesional de salud puede realizar la intervención en forma directa, en especial en el primer nivel de atención, pueden ser agrupados en tres: individual, familiar y social (Poo, 2005).

Los **factores individuales** son aquellos que están relacionados con la percepción, el aspecto cognitivo y las emociones de las personas individuales. Incluye variables educativas (conocimientos), cognitivas (actitudes, percepciones, creencias) y emocionales (presencia de depresión, ansiedad, entre otros).

Los **factores familiares** son aquellos que tienen su origen en la familia como ambiente primario en el que tiene lugar el desarrollo de los y las adolescentes. Incluye las características del hogar/familia, la estructura y funcionalidad y la calidad de las relaciones con figuras significativas; las características educativas y comportamientos de las figuras parentales; y, el antecedente de embarazo adolescente.

Los **factores sociales** son aquellos que están relacionados con las percepciones o representaciones sociales compartidas por los individuos de un grupo. En el presente estudio se tomará en cuenta las habilidades sociales que poseen o no las adolescentes que les permite interactuar con su medio social, las cuales incluye las variables comportamentales (habilidades comunicativas para la resolución de problemas, la negociación, la toma de decisiones y la búsqueda de apoyo).

Las habilidades sociales son las conductas necesarias para interactuar en forma efectiva y mutuamente satisfactoria, son las destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea interpersonal y son las capacidades para ejecutar una conducta de intercambio con resultado favorable.

2.2.4 Factores protectores

Se podría pensar que una situación personal o ambiental que se caracteriza por la ausencia de factores de riesgo constituye una situación protegida. Sin embargo, de acuerdo a diversas investigaciones extranjeras, la presencia de factores de riesgo es más común de lo que se pudiera pensar, y no siempre influye en el desarrollo de comportamientos de riesgo.

Se ha observado que entre la mitad y dos tercios de los niños viven en hogares que presentan algún factor de riesgo como criminalidad familiar, alcoholismo de los padres, dificultades económicas, entre otros (Trudel y Puentes-Neuman, 2000). Pese a ello, no todas las personas manifiestan comportamientos de riesgo, lo que llamamos resiliencia, que se define frecuentemente como la capacidad de los seres humanos para adaptarse positivamente a situaciones adversas.

Esto se debe a que una proporción de las personas que se encuentran expuestas de riesgo cuentan, además, con factores protectores que atenúan el efecto de dichas dificultades, disminuyendo la probabilidad de desarrollar comportamientos de riesgo (Trudel y Puentes-Neuman, 2000).

Vinaccia y Col. (2007) señalan que, entre los recursos más importantes con los que cuentan los niños y adolescentes resilientes, se encuentran: una relación emocional estable con al menos uno de sus padres, o personas significativas; un ambiente educativo abierto, contenedor y con límites claros; apoyo social; modelos sociales que motiven el enfrentamiento constructivo; tener responsabilidades sociales dosificadas, a la vez, que exigencias de logro; competencias cognitivas y, al menos, un nivel intelectual promedio; características temperamentales que favorezcan un afrontamiento efectivo (por ejemplo, flexibilidad); haber vivido experiencias de autoeficacia, autoconfianza y contar con una autoimagen positiva; asignar significación subjetiva y positiva al estrés y al afrontamiento, de acuerdo con las características propias de su desarrollo y tener un afrontamiento activo como respuesta a las situaciones o factores estresantes.

Instrumentos empleados en el estudio

Para el presente estudio se utilizaron diversos cuestionarios, algunos de elaboración propia y cuya validación se realizó mediante juicio de expertos (formulario de entrevista, prueba de conocimientos en sexualidad y el cuestionario de conocimientos sobre métodos anticonceptivos).

Dos cuestionarios, el cuestionario de síntomas SRQ (para medir la salud emocional, que está dentro de los factores individuales) y el test de habilidades sociales (para medir los factores sociales), fueron empleados íntegramente en el estudio, sin modificación alguna, basado en su validez y confiabilidad previa:

- *Cuestionario de síntomas SRQ18*: Este instrumento mide cinco áreas específicas: depresión, ansiedad, alcoholismo, psicosis y epilepsia. Se aplica desde los 16 años y consta de 30 preguntas de fácil indagación, pues presenta opciones de respuesta de SI y NO. Este instrumento brinda la posibilidad de determinar la condición de salud del usuario y valorar la presencia de una condición que pueda estar afectando la salud mental. Cada respuesta positiva en este cuestionario equivaldrá a un (1) punto, de tal manera, si el usuario tiene de cinco (5) a siete (7) puntos, de las preguntas 1 a la 20, se considera que el usuario puede estar presentando angustia psicológica significativa. La respuesta positiva a las preguntas 26 a la 30 indica la presencia de consumo problemático de alcohol. Sólo una respuesta positiva de las preguntas 21 a la 25 (síntomas psicóticos), indica la presencia de síntomas serios o necesidad de remisión inmediata. Se propone que luego de la realización del tamizaje, la puntuación e interpretación de los resultados sea realizada por un profesional especializado (OPS, 2011).
- *Test de Habilidades Sociales* (MINSA, 2005): Este instrumento es un cuestionario formado por 42 preguntas de autoaplicación, las cuales se dividen en cuatro áreas: 1-12 asertividad; 13-21 comunicación; 22-33 autoestima y 34-42 toma de decisiones. Cada pregunta tendrá un puntaje mínimo de un (1) punto y un máximo de cinco (5) puntos. El puntaje final

obtenido determinará el nivel de habilidades sociales del adolescente encuestado: muy bajo (42-77), bajo (78-113), promedio (114-149), bueno (150-185) y muy bueno (186-210).

2.3 Definición de términos

- **Adolescencia:** De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia se define como el grupo poblacional que se encuentra entre 10 a 19 años de edad. Se divide en: adolescencia temprana, periodo comprendido entre las edades de 10 a 14 años; y, adolescencia tardía, periodo comprendido entre las edades de 15 y 19 años (OMS, 2008).
- **Embarazo en la adolescencia:** Es aquella gestación que ocurre entre los 10 y 19 años (OMS, 2014).
- **Factores individuales:** son aquellos que están relacionados con la percepción, el aspecto cognitivo y las emociones de las personas.
- **Factores familiares:** son aquellos que tienen su origen en la familia como ambiente primario en el que tiene lugar el desarrollo de los y las adolescentes.
- **Factores sociales:** son aquellos que están relacionados con las percepciones o representaciones sociales compartidas por los individuos de un grupo.
- **Salud Sexual:** Según la OMS es la integración de los aspectos somáticos, emocionales e intelectuales del ser sexual que enriquezca la personalidad, la comunicación y el amor. Durante la adolescencia, los y las jóvenes experimentan una serie de cambios que influyen en su salud sexual, forman parte del ciclo de vida y dependen del proceso de desarrollo del individuo. Todos estos procesos son interdependientes, así los procesos biológicos estimulan el desarrollo cognitivo y está estrechamente relacionado con los procesos psicosociales y emocionales del desarrollo humano, incluyendo el desarrollo sexual.

- **Estilos de vida saludable:** Según la OMS son los patrones de comportamiento determinados por la interacción entre características personales, interacciones sociales y las condiciones de vidas socioeconómicas y ambientales.

Expresada en un lenguaje más familiar para el lector contemporáneo, se podría formular la definición de estilo de vida de la siguiente manera: es el modo de comportamiento del individuo, unificante y cohesionante relativamente único y tendiente a una meta (es copositivo, afectivo, motor e interpersonal). Se puede agregar que el término estilo de vida saludable tiene en cuenta tanto aquellos comportamientos que implican un riesgo para la salud como aquellos otros que la protegen (Nawas, 1971).

- **Factores Protectores:** son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables.
- **Factores de Riesgo:** son las acciones ya sea pasivas o activas, que involucren peligro para el bienestar del individuo o que acarreen directamente consecuencias negativas para su salud o comprometen aspectos de su desarrollo.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis general

Los factores individuales, familiares y sociales están asociados al embarazo en adolescentes, en el Centro Materno Infantil José Gálvez, Lima – Perú, 2014.

3.2 Identificación de variables

a) Dependiente

- Embarazo en adolescente

b) Independientes

- Factores individuales: Corresponden a factores como la educación sexual, factores emocionales, vida sexual, uso y conocimientos de métodos anticonceptivos que pueden favorecer la presencia de embarazo en adolescentes.
- Factores Familiares: Corresponden al tipo de familia, la dinámica familiar, las relaciones familiares, el nivel educativo de los padres, la comunicación con los padres y antecedentes familiares, que pueden favorecer la presencia de embarazo en adolescentes.

- Factores sociales: Corresponden a aquellas habilidades sociales (asertividad, comunicación, autoestima, toma de decisiones) que pueden favorecer la presencia de embarazo en adolescentes.

c) Intervinientes

- Edad.
- Nivel Educativo.
- Ocupación.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de investigación

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo aplicado, porque tiene como finalidad la obtención y recopilación de información para ir construyendo una base de conocimiento que se va agregando a la información previa existente. Este tipo de estudio tiene como propósito dar solución a situaciones o problemas concretos e identificables (Bunge, 1971).

El enfoque del estudio es de tipo mixto cuanti-cualitativo, es decir, es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio. En esta investigación el enfoque cuantitativo se aplica al determinar resultados numéricos utilizando la técnica de la encuesta; y en el enfoque cualitativo se realiza la entrevista a profundidad para explicar, describir y explorar información de un problema de salud pública, que es único y particular en su género y que resulta de vital importancia para la sociedad como es el embarazo adolescente (Sampieri, 2008).

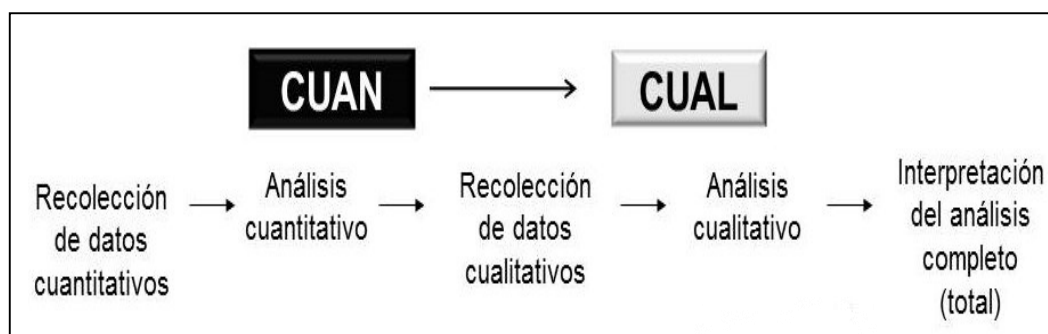


Ilustración 1. Esquema del diseño de investigación

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación, en su primera parte, tiene un enfoque cuantitativo y su diseño es de tipo:

- **Transversal:** los datos son recolectados en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.
- **Casos y controles:** en este diseño la estrategia para determinar si existe asociación entre un evento (embarazo adolescente) y la exposición a un determinado factor consiste en seleccionar a las adolescentes que presentan el embarazo (casos) y a un grupo que no presenta el evento (controles). Posteriormente se comparan ambos grupos en relación a la exposición al factor en estudio, la cual se mide en forma retrospectiva. Si la prevalencia de exposición entre casos y controles es diferente, entonces puede inferirse que la exposición puede estar asociada a una aparición aumentada o disminuida del resultado de interés (OPS, 2013).

La segunda parte, cuyo enfoque es cualitativo, consta de la aplicación de entrevistas a profundidad. En esta técnica, el entrevistador es un instrumento más de análisis, explora, detalla y rastrea por medio de preguntas, cuál es la información más relevante para los intereses de la investigación; por medio de ellas se conoce a las adolescentes embarazadas lo suficiente para comprender qué quieren decir y, con ello, crear una atmósfera en la cual es probable que se expresen libremente (Taylor y Bogdan, 1990: 108). Asimismo, se tiene un carácter cercano y personal con el otro, logrando construir vínculos estrechos, inmediatos y fieles; en este sentido, no es casual que en ocasiones estos contactos deriven en conexiones sólidas e intensas con los entrevistados, por lo que ser sensato, prudente e incondicional forma parte fundamental para el desarrollo de esta técnica, no sólo en el desarrollo de la entrevista, sino también durante la construcción de los datos.

4.2 Unidad de análisis

Gestante que acude al consultorio de atención prenatal, del Servicio de Obstetricia del Centro Materno Infantil José Gálvez, distrito de Villa María del Triunfo.

4.3 Población de estudio

Gestantes que acuden al Servicio de Obstetricia del Centro Materno Infantil “José Gálvez”, distrito de Villa María del Triunfo, durante el periodo de enero a diciembre del 2014, que cumplen los siguientes criterios de selección.

1ª Etapa: Cuantitativa

Criterios de inclusión:

Para los Casos

- Primigesta.
- Aceptar participar en el estudio.
- Adolescente entre 10 a 19 años.
- Acude a primera atención prenatal.

Para los controles

- Primigesta.
- Aceptar participar en el estudio.
- Edad entre 20 a 35 años.
- Acude a primera atención prenatal.

Criterios de exclusión:

Para los Casos

- Presencia de alguna patología del embarazo.
- Vivir fuera de la jurisdicción.

Para los controles

- Presencia de alguna patología del embarazo.
- Vivir fuera de la jurisdicción.

2ª Etapa: Cualitativa

Criterios de inclusión:

- Haber participado en la primera etapa.
- Aceptar continuar en el estudio.
- Estar dispuesta a participar en el grupo focal.
- Estar dispuesta a ser grabada.

Criterios de exclusión:

- Discapacidad que le impide responder adecuadamente.

4.4 Tamaño de la muestra

1ª Etapa: Cuantitativa

Las estadísticas del INEI, en el año 2014, nos indican que la prevalencia de embarazo en adolescentes en nuestro país es de 13.2%, mientras que la prevalencia de embarazo en gestantes de 20 a 35 años es de aproximadamente 65.9%.

Para obtener la muestra mencionada, se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \left(\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}}{p_1 - p_2} \right)^2$$

Donde:

n = tamaño muestral.

p_1 = frecuencia de la exposición entre los casos (0,132).

p_2 = frecuencia de la exposición entre los controles (0,659).

p = promedio entre p_1 y p_2 (0,206).

$z_{1-\alpha/2}$ = valor de la distribución normal estándar para un nivel de seguridad de 95% (1,96).

$z_{1-\beta}$ = valor de la distribución normal estándar para una potencia estadística del 80 % (0,84).

$$n = \left(\frac{1,96\sqrt{2 \times 0,206 \times (1 - 0,206)} + 0,84\sqrt{0,132 \times (1 - 0,132) + 0,659 \times (1 - 0,659)}}{0,659 - 0,132} \right)^2 \approx 60.2$$

Con una confianza del 95% y un poder del 80% se estima una muestra de 120 participantes, divididos en 60 casos (adolescentes) y 60 controles (gestantes mayores de 20 años).

2ª Etapa: Cualitativa

La segunda parte, cuyo enfoque es cualitativo, consta de la aplicación de entrevistas a profundidad a 10 informantes claves, es decir, adolescentes que estén embarazadas; donde se explora, detalla y rastrea por medio de preguntas abiertas la información más relevante para los intereses de la investigación.

4.5 Selección de la muestra

Se aplicó un muestreo secuencial mixto en dos etapas. En la primera etapa se realizó un muestreo de tipo no probabilístico, para lo cual se consideró la selección de casos y controles a través del apareamiento de variables control (fecha probable de parto y lugar de residencia). Para la segunda etapa se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia a través de informantes claves.

4.6 Técnicas de recolección de datos

1ª Etapa: cuantitativa

Inicialmente se procedió a obtener los permisos respectivos de los responsables del establecimiento de salud, para lo cual se tramitaron permisos escritos (anexo 1) y verbales.

Una vez obtenidos los permisos se procedió a identificar participantes para el estudio: primero con las adolescentes (casos), utilizándose para ello el formulario de selección (anexo 2) y, luego de obtenido los datos, se procedió a buscar los controles por apareamiento de participantes a través de la fecha probable de parto y lugar de residencia. Es decir, cuando se encontró una adolescente (caso) se procedió a buscar una adulta (control) y así sucesivamente hasta llegar a la cantidad de muestra requerida.

Una vez ubicado un caso se procedió a invitarla verbalmente y, en aquellas que mostraron disposición para estar en el estudio se les registró en la hoja de selección, colocando fecha y hora.

Al comprobar que es una participante para el grupo caso, se procedió a explicar el estudio, aplicando los principios éticos a través de los formularios Anexos 3.1 y 3.2. Con la finalidad de cumplir con los principios éticos de los estudios de investigación se presentó el documento de ASENTIMIENTO, CONSENTIMIENTO Y PERMISO, según corresponda. Este documento ha sido evaluado y aprobado por expertos y responsables de las adolescentes (padres, apoderados, responsable del establecimiento). Una copia firmada por el investigador y la gestante de este documento fue entregado a la participante. Se tiene un archivo de documentos que están a disposición ante la posibilidad de entregar ese mismo documento a las adolescentes que lo soliciten en el futuro.

Siempre cumpliendo los procedimientos éticos y bajo las variables independientes planteadas (factores individuales, familiares y sociales), se procedió a aplicar los siguientes instrumentos: el formulario de entrevista estructurada (Anexo 4), para subvariables como la educación sexual, inicio de la vida sexual, uso de anticonceptivos, tipo de familia, dinámica familiar, nivel educativo de los padres, comunicación con los padres y antecedentes de embarazo adolescente, como parte del factor individual y familiar. El Cuestionario de Síntomas S.Q.R.18 (Anexo 5) se utilizó para determinar la subvariable salud emocional como parte del factor individual. La Prueba de Conocimientos en Sexualidad (Anexo 6A) se utilizó para determinar los conocimientos sobre sexualidad como parte del factor individual. El Cuestionario de Conocimientos sobre Métodos Anticonceptivos (Anexo 6B), para medir el nivel de conocimientos sobre los mismos, como parte del factor individual. Por último, el Test de Evaluación de Habilidades Sociales (Anexo 7) como parte de los factores sociales.

Se procedió a realizar la prueba piloto de campo de los instrumentos empleados, en la cual se evaluó el flujo de preguntas, la duración de la encuesta, la facilidad de administración y la aceptación de la misma, no habiéndose presentado ningún inconveniente por lo que se procedió a continuar con la recolección de datos.

Todo el proceso de recolección de datos duró aproximadamente 30 a 45 minutos. La participante fue conducida a un lugar tranquilo, facilitándole los documentos, un soporte para que registre y un lapicero (para los cuestionarios, excepto el Anexo 6B), explicándole sobre el llenado correcto de cada instrumento, aclarando las dudas que pueda tener. El Anexo 6B, que mide los conocimientos de los métodos anticonceptivos, fue llenado por la investigadora, según las respuestas brindadas por las participantes. Todos estos pasos fueron registrados en la Hoja de ruta del estudio (Anexo 8) que se usó con todas las participantes que iniciaron la presente investigación.

Finalizada la recolección de los datos, se le agradece a la gestante por su participación y de acuerdo al criterio de la investigadora se le invita a la segunda etapa o en su defecto se le indica que esta etapa concluyó y se le agradece por su colaboración.

2ª Etapa: Cualitativa

Se estableció el contacto con las gestantes adolescentes que participaron en la primera etapa, y que aceptaron participar en la segunda. Las gestantes adolescentes fueron invitadas a participar mediante una carta donde se explica el objetivo de esta segunda etapa, solicitándoles su autorización de los padres o apoderados, a través de la firma del documento respectivo. Se tuvo en cuenta tomar a las gestantes adolescentes que tengan mayor acercamiento con la institución y que podían desenvolverse mejor en el momento de la entrevista a profundidad. Se programó la fecha del encuentro con las gestantes adolescentes y el lugar fue el ambiente de Psicoprofilaxis Obstétrica del Centro Materno Infantil José Gálvez, pues era considerado adecuado, libre de ruidos o distracciones.

Se realizó la presentación de las gestantes adolescentes a través de una dinámica grupal, lo cual nos permitió identificar los nombres de las participantes, romper el hielo y generar un clima de confianza. Asimismo, se pudo evidenciar la buena predisposición de las participantes. Así, al comenzar la entrevista se enfatizó la confidencialidad de datos y se presentó de manera general el objetivo de la investigación.

La entrevista a profundidad a personas claves fue realizada directamente por la investigadora, teniendo en cuenta las competencias adecuadas para evaluar todos los aspectos necesarios, como la interpretación del lenguaje verbal y no verbal, la generación de un clima de confianza, la confidencialidad de la información, y el uso de un lenguaje sencillo. Se utilizaron grabaciones magnetofónicas y notas de campo como técnicas de registro donde se plasmaba el comportamiento no

verbal y se agregaba comentarios y síntesis toda vez que se consideraba necesario, previa autorización de las participantes.

Para la conducción de la entrevista, se diseñó una pauta guía para la discusión (Anexo 11) con preguntas relacionadas a los tres ejes principales de nuestra investigación: factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo adolescente.

En relación a los factores individuales, se buscó indagar las características de la vida sexual, los conocimientos y uso de métodos anticonceptivos, y el estado de salud emocional de las gestantes adolescentes.

Respecto a los factores familiares, se buscó conocer la percepción de la adolescente en relación a la estructura y dinámica de su familia, cómo es la comunicación con sus progenitores, en especial en el tema de sexualidad. Asimismo, se indagó acerca de la presencia de la violencia familiar, y qué tipo era la que más dominaba.

Finalmente, para indagar acerca de los factores sociales, se preguntó a la adolescente sobre en qué medida se encuentran preparadas (presencia o ausencia de habilidades sociales) para afrontar las dificultades y presiones del entorno desfavorable que pueda rodearla.

4.7 Análisis e interpretación de la información

1ª Etapa: Cuantitativa

La información fue digitalizada a través del programa Microsoft Excel para Windows, para luego ser procesadas en el programa estadístico SPSS v22 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva, porcentajes para las variables cualitativas y promedios y desviaciones estándar para las variables cuantitativas.

Para las inferencias estadísticas se procedió a utilizar el estadístico chi cuadrado para las variables cualitativas, con un nivel de significancia $p < 0,05$. Así mismo, para la determinación de los riesgos, se procederá a utilizar la razón de productos cruzados u odds ratio (OR) con sus intervalos de confianza al 95% entre la variable embarazo en adolescente y los factores de riesgo individuales, familiares y sociales.

Variable Independiente (Factor individual, familiar y social).	Variable Dependiente Embarazo en adolescentes		TOTAL
	Casos	Controles	
Expuestos	A	b	F1 (a + b)
No expuestos	C	d	F2 (c + d)
	C1 (a + c)	C2 (b + d)	N

Ilustración 2. Esquema del Riesgo Relativo (OR)

En este caso, cada celda corresponde a:

Celda a: sujetos enfermos con antecedente de exposición.

Celda b: sujetos sanos con antecedente de exposición.

Celda c: sujetos enfermos sin antecedente de exposición.

Celda d: sujetos sanos sin antecedente de exposición.

Celda C1: total de casos.

Celda C2: total de controles.

Celda F1: total de sujetos expuestos.

Celda F2: total de sujetos no expuestos.

$$\text{ODD RATIO (OR)} = (a \times d) / (b \times c)$$

2ª Etapa: Cualitativa

Esta etapa es complementaria a la etapa primera. Para la entrevista a profundidad se han seleccionado algunos puntos de los factores descritos en la etapa cuantitativa.

En esta etapa se procedió a grabar y transcribir la entrevista a profundidad a personas claves para su posterior análisis. El mismo se sistematizó de la siguiente forma:

- a) Se resaltó en la transcripción aquella información que se consideraba describía alguno de los tres ejes de interés y también se reunió la información que no correspondía a esos ejes pero que respondía a otros temas relevantes.
- b) Luego se agrupó la información bajo un título que resumía lo que las gestantes adolescentes habían manifestado. Se elaboraron las primeras tipologías (esquemas de clasificación útiles para identificar temas y desarrollar conceptos) de modo independiente y se agruparon las respuestas de las gestantes adolescentes bajo rótulos tales como “Características del inicio de la vida sexual”, “Conocimiento de métodos anticonceptivos”, “Uso de métodos anticonceptivos”, “Salud emocional”, “Tipo de familia”, “Presencia de los padres”, “Violencia familiar”, “Comunicación con los padres” y “Habilidades sociales”.
- c) Se transcribió bajo esos rótulos la información que se consideró que respondía a los mismos. Teniendo en cuenta también los datos registrados en las notas de campo sobre los aspectos gestuales, tonos de voz, los silencios, las maneras de hablar y el empleo de localismos.
- d) Se organizó toda la información en categorías conceptuales, se privilegiaron aquellas que resultaron fáciles de inferir y aplicar, y con relevancia teórica.

Se mostró mucha predisposición a participar activamente en la entrevista, generándose un clima de confianza, pues se sentían identificadas unas con otras por el proceso común que estaban experimentando.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

En el presente estudio se busca identificar los factores, al interior de cada factor individual, familiar y social, que están asociados al embarazo adolescente, en una zona rural y urbano-marginal de Lima, como es el caso de la localidad de José Gálvez, en el distrito de Villa María del Triunfo.

Se presentaron los resultados divididos en los aspectos generales y los factores individuales, familiares y sociales, de acuerdo a los objetivos específicos establecidos.

5.1 Análisis cuantitativo: Pruebas de chi-cuadrado y cualitativo

5.1.1 Datos generales

En las primeras tres tablas se aprecian los aspectos generales en función del nivel de educación, ocupación y edad de la población de gestantes encuestadas (60 casos y 60 controles).

a) Edad

Tabla N° 1. Edad entre las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

		Gestantes		Total
		Adolescentes	Adultas	
Edad	Media	16,87	23,97	20,42
	Desviación típica	1,523	3,659	4,527

En esta tabla se presenta la edad promedio de las gestantes, que en general fue 20,42 años (DS: 4,527). Analizando por separado ambos grupos, se obtuvo un promedio de edad en gestantes adolescentes de 16.87 años, mientras que para las gestantes adultas fue 23,97 años. En la etapa cualitativa participaron 10 adolescentes, cuyas edades oscilaban entre 15 y 18 años.

b) Nivel educativo

Tabla N° 2. Nivel de educación entre las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Variable	Gestantes		Total	X ²
	Adolescentes	Adultas		
Nivel de educación	Sin instrucción	3 5%	1 1,7%	4 3,3%
	Primaria	29 48,3%	7 11,7%	36 30%
	Secundaria	26 43,3%	36 60%	62 51,7%
	Superior	2 3,3%	16 26,7%	18 15%
	Total	60	60	120
				26,946 p= 0,000

Respecto a la variable nivel de educación, el 5% de las gestantes adolescentes frente a un 1,7% de las gestantes adultas no tienen instrucción; el 48,3% de las gestantes adolescentes tiene educación primaria frente a un 11,7% de las gestantes adultas; el 43,3% de las gestantes adolescentes tiene educación secundaria frente a un 60% de las gestantes adultas; el 3,3% de las gestantes adolescentes tiene educación superior y el 26,7% de las gestantes adultas tiene ese mismo nivel educativo. Se puede observar porcentualmente como el nivel de educación influye directamente en que una mujer decida o no embarazarse.

Teniendo un grado de libertad 3, y $\alpha = 0.05$ es de 7,81. El X² que obtuvimos es de 26,946, que es mayor al valor para $\alpha = 0.05$, podemos concluir que las dos variables no son independientes, sino que están asociadas ($p < 0.005$). Por tanto, sí hay asociación entre la gestación en adolescentes y el nivel de educación.

En la etapa cualitativa, las gestantes adolescentes entrevistadas tenían un grado de escolaridad entre 3ero. y 5to. de secundaria, ocho refirieron que tuvieron que dejar sus estudios, ya sea por motivos de vergüenza, la separación del colegio y/o problemas familiares. Aquí no se observó la escolaridad como causa del embarazo adolescente, sino más bien como consecuencia de este evento.

c) Ocupación

Tabla N° 3. Ocupación entre las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Variable	Gestantes		Total	X ²
	Adolescentes	Adultas		
Ocupación	Estudiante	18 30,0%	7 11,7%	25 20,8%
	Ama de casa	32 53,3%	38 63,3%	70 58,3%
	Independiente	4 6,7%	6 10,0%	10 8,3%
	Dependiente	1 1,7%	7 11,7%	8 6,7%
	Otros	5 8,3%	2 3,3%	7 5,8%
	Total	60	60	120
				11,540 p= 0,021

En el caso de la ocupación, el 30% de las gestantes adolescentes son estudiantes frente a sólo un 11.7% de las gestantes adultas que realizan la misma actividad; ambos tipos de gestantes en su mayoría eran amas de casa, 53,3% de gestantes adolescentes y 63,3% de gestantes adultas; el 6.7% de las gestantes adolescentes tiene trabajo independiente frente a un 10% de las gestantes adultas; y el 1.7% de las gestantes adolescentes tiene trabajo dependiente frente a un 11.7% de las gestantes adultas.

Teniendo un grado de libertad 4, y $\alpha = 0.05$ es de 9,49. El X² que obtuvimos es de 11.540, que es mayor al valor para $\alpha = 0.05$, podemos concluir que las dos variables no son independientes, sino que están asociadas ($p < 0.005$). Por tanto, sí hay asociación entre la gestación en adolescentes y la ocupación.

Cabe añadir, que en el estudio cualitativo, las adolescentes entrevistadas, todas eran estudiantes, dos ayudaban en la crianza de los hermanos menores y se comportaban como “amas de casa”, realizando tareas del hogar, adicionadas a las de ser estudiante e hija, mientras que la madre y padre trabajaban fuera.

5.1.2 Factores individuales

a) Educación sexual

Tabla N° 4. Recibieron educación sexual las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Variable		Gestantes		Total	X²
		Adolescentes	Adultas		
Recibieron educación sexual	No	14	12	26	0,196 p=0,658
		23,3%	20,0%	21,7%	
	Si	46	48	94	
		76,7%	80,0%	78,3%	
Total		60	60	120	

Respecto a la recepción de educación sexual, el 76.7% de las gestantes adolescentes recibió educación sexual frente a un 80% de las gestantes adultas. Podemos apreciar que a pesar de que las gestantes adolescentes recibieron educación sexual igual, se han embarazado.

Teniendo un grado de libertad 1, y $\alpha = 0.05$ es de 3.84. El X² que obtuvimos es de 0.196, que es menor al valor para $\alpha = 0.05$, podemos concluir que las dos variables son independientes ($p < 0.005$). Por tanto, no hay asociación entre la gestación en adolescentes y recepción de educación sexual.

Tabla N° 5. Agentes de obtención de educación sexual entre las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Variable	Gestantes		Total	X ²
	Adolescentes	Adultas		
Agentes de obtención de educación sexual	Medios de comunicación	7 11,7%	4 6,7%	11 9,2%
	Establecimientos de salud	12 20,0%	10 16,7%	22 18,3%
	Amigos	7 11,7%	8 13,3%	15 12,5%
	Profesores	28 46,7%	34 56,7%	62 51,7%
	Padres	4 6,7%	4 6,7%	8 6,7%
	Hermanos	1 1,7%	0 0,0%	1 0,8%
	Otros	1 1,7%	0 0,0%	1 0,8%
	Total	60	60	120
				3,647 p=0,724

El 46.7% de las gestantes adolescentes obtuvo educación sexual de los profesores mientras que las gestantes adultas 56.7%; el 11.7% de las gestantes adolescentes recibió información a través de los medios de comunicación frente a un 6.7% de las gestantes adultas; el 20% de las gestantes adolescentes recibió información del establecimiento de salud frente a un 16.7% de las gestantes adultas; el 11.7% de las gestantes adolescentes recibió información a través de los amigos frente a un 13.3% de las gestantes adultas; sólo el 6.7% de ambos grupos recibió información de los padres.

Teniendo un grado de libertad 6, y $\alpha = 0.05$ es de 12.59. El X² que obtuvimos es de 3.647, que es menor al valor para $\alpha = 0.05$, podemos concluir que las dos variables son independientes ($p < 0.005$). Por tanto, no hay asociación entre gestación en adolescentes y agentes de educación sexual.

En la etapa cualitativa, todas las gestantes adolescentes, refieren que recibieron una educación sexual de diversos agentes, incluso en el colegio pero sienten que fue una información superficial e incompleta, destacándose que la información recibida por parte de los padres fue casi nula.

Tabla N° 6. Conocimientos de educación sexual entre las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Variable	Gestantes		Total	X ²	
	Adolescentes	Adultas			
Conocimientos sobre sexualidad	Bajo	23	21	44	0,565 p=0,754
		38,3%	35,0%	36,7%	
	Medio	23	27	50	
		38,3%	45,0%	41,7%	
	Alto	14	12	26	
		23,3%	20,0%	21,7%	
Total		60	60	120	

El conocimiento de educación sexual entre las gestantes adolescentes es medio, representando un 38.3% frente a un 45% de gestantes adultas; el 38.3% de las gestantes adolescentes tiene bajo conocimiento sobre sexualidad frente a un 35% de las gestantes adultas; el 23.3% de las gestantes adolescentes tiene conocimiento sobre sexualidad alto frente a un 20% de las gestantes adultas.

Teniendo un grado de libertad 2, y $\alpha = 0.05$ es de 5,99. El X² que obtuvimos es de 0,565, que es menor al valor para $\alpha = 0.05$, podemos concluir que las dos variables son independientes ($p < 0.005$). Por tanto, no hay asociación entre la gestación en adolescentes y conocimientos sobre sexualidad.

b) Salud emocional

Tabla 7. Relación factor salud emocional entre las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Variable		Gestantes		Total	X²	
		Adolescente	Adulta			
Trastorno emocional a través de Cuestionario SRQ 18	Si	56	48	104	4,615 p=0,032	
		93,3%	80,0%	86,7%		
	No	4	12	16		
		6,7%	20,0%	13,3%		
		Total		60		60

El 93.3% del total de las gestantes adolescentes tienen un trastorno emocional, frente a un 80% de las gestantes adultas.

Teniendo un grado de libertad 1, y $\alpha = 0.05$ es de 3,84. El X^2 que obtuvimos es de 4,615, que es mayor al valor para $\alpha = 0.05$, podemos concluir que las dos variables no son independientes, sino que están asociadas ($p < 0.005$). Por tanto, sí hay asociación entre la gestación en adolescentes y la salud emocional.

El Cuestionario SRQ-18 es un test adecuado para evaluar la salud emocional de las gestantes adolescentes.

En la etapa cualitativa, todas las participantes manifestaron haber tenido, alguna vez, episodios depresivos, la mayoría de veces debido a relaciones conflictivas en el hogar o a la falta de afecto, especialmente de sus padres, presentando las ideas de culpa y de ser inútil, o sentimientos de inferioridad, *“mi papá me gritó horrible cuando una vez me jalaban en un bimestre en matemáticas, me dijo que no servía para nada, que era una bruta ..., eso me hizo sentir muy mal, yo estaba pasando momentos difíciles, pues mi enamorado me había sacado la vuelta...”*.

c) Vida sexual

Tabla N° 8. Razones de la primera experiencia sexual entre las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Variable	Gestantes		Total	X^2
	Adolescente	Adulta		
Razones de primera experiencia sexual	Curiosidad	11 18,3%	5 8,3%	16 13,3%
	Deseo sexual	2 3,3%	2 3,3%	4 3,3%
	Amor	39 65,0%	47 78,3%	86 71,7%
	Temor a quedar sola	3 5,0%	0 0,0%	3 2,5%
	Presión de pareja	0 0,0%	1 1,7%	1 0,8%
	Deseo de embarazo	0 0,0%	2 3,3%	2 1,7%
	Otro	5 8,3%	3 5,0%	8 6,7%
	Total	60	60	120
				9,494 $p = 0,148$

Un 65% de las gestantes adolescentes expresaron que tuvieron su primera experiencia sexual por amor frente a un 78.3% de las gestantes adultas; el 18.3% de las gestantes adolescentes lo realizó por curiosidad frente a un 8.3% de las gestantes adultas; el 3.3% de las gestantes adolescentes y gestantes adultas lo realizó por deseo; el 5% de las gestantes adolescentes lo hizo por temor a quedarse sola, no se encontró esta causa en las gestantes adultas; el 3.3% de las gestantes adultas lo hizo por el deseo de embarazarse, mientras que en las gestantes adolescentes no se dio por esta razón. Ninguna gestante adolescente refiere haber recibido presión por parte de su pareja, frente a 2% de gestantes adultas que si vivieron esta experiencia.

Teniendo un grado de libertad 6, y $\alpha=0.05$ es de 12.59. El X^2 que obtuvimos es de 9,494, que es menor al valor para $\alpha =0.05$, podemos concluir que las dos variables son independientes ($p<0.005$). Por tanto, no hay asociación entre la razón de la primera experiencia sexual y la gestación en adolescentes.

En relación a la razón del inicio de la vida sexual, en la etapa cualitativa, la mayoría de gestantes adolescentes manifestó que se dio dentro de una relación amorosa, marcada por el enamoramiento. Sin embargo, una de las participantes que se mantuvo en silencio en unos momentos y luego de dejar caer unas lágrimas, manifestó que en su caso fue por violación de su propio tío, *“él me violó varias veces antes de que se dieran cuenta en mi casa, como venía de visita cuando quería, ahí se aprovechaba cuando mi mamá salía ...”*.

Tabla N° 9. Edad de inicio de vida sexual entre las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Variable		Gestantes		Total
		Adolescente	Adulta	
Edad de inicio de vida sexual	Media	15,37 \pm 1,65	19,13 \pm 2,50	17,25 \pm 2,84

De la presente tabla, no se halló una asociación estadísticamente significativa, pero pudo obtenerse la edad promedio de inicio de relaciones sexuales para el total de gestantes: 17,25 años (DS: 2,835). Analizando esta

variable por separado, se observó que las gestantes adolescentes inician su actividad sexual en una edad promedio de 15,37 años, mientras que en las gestantes adultas fue 19,13 años.

d) Métodos anticonceptivos

Tabla 10. Uso de anticonceptivo en la primera relación sexual entre las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima-Perú, 2014.

Variable		Gestantes		Total	X²
		Adolescente	Adulta		
Utilización de anticonceptivo en primera relación sexual	Si	24	30	54	1,212 p=0,179
		40,0%	50,0%	45,0%	
	No	36	30	66	
		60,0%	50,0%	55,0%	
Total		60	60	120	

1,212
p=0,179

El 60% de las gestantes adolescentes refirieron no haber utilizado un método anticonceptivo en su primera relación sexual frente a un 50% de las gestantes adultas.

Teniendo un grado de libertad 1, y $\alpha = 0.05$ es de 3,84. El X² que obtuvimos es de 1.212, que es mayor al valor para $\alpha = 0.05$, podemos concluir que las dos variables no son independientes, sino que están asociadas ($p < 0.005$). Por tanto, sí hay asociación entre el uso de anticonceptivo en la primera relación sexual y la gestación en adolescentes.

En el estudio cualitativo, seis de las gestantes adolescentes, manifestaron que no deseaban usar el método anticonceptivo o no lo solicitaron por el temor a ser consideradas “fáciles” o “muy experimentadas”, *“cuando le pedía a mi enamorado que me cuide, él me decía que todo lo tiene bajo control y no me pasará nada, que si lo amo de verdad no debería pedirle condón para cuidarse”*, *“sólo pedí usar condón a mi primer enamorado, él se molestó, y aunque tuvimos*

relaciones y me prometió seguir conmigo, me dejó por otra amiga del aula, por eso a mí enamorado actual ya no se lo pedí”.

Tabla 11. Método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual entre las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima-Perú, 2014.

Variable	Gestantes		Total	X ²
	Adolescente	Adulta		
Anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual	Ninguno	36	66	3,345 $p=0,502$
		60,0%	55,0%	
	Condón	18	39	
		30,0%	32,5%	
	Píldoras	5	12	
		8,3%	10,0%	
	Ritmo	0	2	
		0,0%	1,7%	
	Otro	1	1	
		1,7%	0,8%	
	Total		120	

Del 45% que utilizó un método anticonceptivo en su primera relación sexual, el condón fue utilizado por un 30% de las gestantes adolescentes frente a un 35% de las gestantes adultas; otro método anticonceptivo utilizado fueron las píldoras, en un 8.3% en las gestantes adolescentes frente a un 11.7% de las gestantes adultas.

Teniendo un grado de libertad 4, y $\alpha = 0.05$ es de 9,49. El X² que obtuvimos es de 3.345, que es menor al valor para $\alpha = 0.05$, podemos concluir que las dos variables son independientes ($p < 0.005$). Por tanto, no hay asociación entre el método anticonceptivo utilizado en su primera relación sexual y la gestación en adolescentes.

En la etapa cualitativa, cuatro gestantes adolescentes manifestaron que el método utilizado en la primera relación sexual fue el preservativo, no se

mencionó el uso de algún otro método. Sin embargo, dos de las participantes refirieron que sus parejas lo utilizaron en forma inadecuada, una de ellas manifestó “*mi pareja primero me penetra así nomás, pues quería que sea natural, y luego de un rato recién se puso el condón para eyacular, me dijo que no me preocupe que no pasaría nada...*”, la otra participante manifestó “la primera vez que lo hicimos el condón se rompió, no sabemos muy bien que hicimos mal, era la primera vez para los dos y no teníamos mucha experiencia”.

Tabla 12. Lugar donde adquirieron métodos anticonceptivos las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima-Perú, 2014.

Variable	Gestantes		Total	X ²
	Adolescente	Adulta		
Lugar donde adquirió anticonceptivo	No adquirió	36 60,0%	30 50,0%	66 55,0%
	Establecimiento de salud	0 0,0%	5 8,3%	5 4,2%
	Farmacia y botica	22 36,7%	24 40,0%	46 38,3%
	Amigos	1 1,7%	0 0,0%	1 0,8%
	Otros	1 1,7%	1 1,7%	2 1,7%
	Total	60	60	120
				6,632 $p=0,157$

Del 45% que utilizó un método anticonceptivo en su primera relación sexual, el principal lugar donde lo adquirieron fue la farmacia o botica, con un 36.7% de las gestantes adolescentes frente a un 40% de las gestantes adultas; el 8.3% de las gestantes adultas obtuvo el método anticonceptivo en un establecimiento de salud, ninguna adolescente lo obtuvo en dicho lugar.

Teniendo un grado de libertad 4, y $\alpha = 0.05$ es de 9,49. El X² que obtuvimos es de 6.632, que es menor al valor para $\alpha = 0.05$, podemos concluir que las dos variables son independientes ($p < 0.005$). Por tanto, no hay asociación entre el lugar donde adquirió método anticonceptivo y la gestación en adolescentes.

En la etapa cualitativa, de las adolescentes que utilizaron un método anticonceptivo, éstos fueron adquiridos en boticas o farmacias, pero fue comprado por sus parejas, pues ellas tenían vergüenza. Cuando se indagó porque no acudieron a un establecimiento de salud, una de ellas manifestó “... *no, como vamos a ir, será para que la gente te mire mal, además que hay muchas personas, y de repente me encuentro con alguien conocido que le diga a mi mamá*”.

Tabla 13. Motivo del por qué no utilizaron un método anticonceptivo las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima-Perú, 2014.

Variable	Gestantes		Total	X ²	
	Adolescente	Adulta			
Motivo por qué no utilizó anticonceptivo en primera relación sexual	Si utilizó	24	30	54	12,965 p=0,164
		40,0%	50,0%	45,0%	
	Falta de conocimiento	11	9	20	
		18,3%	15,0%	16,7%	
	Otra razón	2	4	6	
		3,3%	6,7%	5,0%	
	No planeó tener relaciones	11	12	23	
		18,3%	20,0%	19,2%	
	No se consideró en riesgo	3	3	6	
		5,0%	5,0%	5,0%	
	No se atrevió a decirle a su pareja	3	0	3	
		5,0%	0,0%	2,5%	
	Pareja no quiso	2	0	2	
		3,3%	0,0%	1,7%	
	Alteran la relación sexual	1	0	1	
		1,7%	0,0%	0,8%	
	Fallan con frecuencia	1	0	1	
		1,7%	0,0%	0,8%	
	Deseaba un embarazo	2	2	4	
		3,3%	3,3%	3,3%	
Total		60	60	120	

12,965
p=0,164

Del 55% que no utilizó un método anticonceptivo en su primera relación sexual, el 18.3% de las gestantes adolescentes no planeó tener relaciones sexuales frente a un 20% de las gestantes adultas; el 18.3 % de las gestantes adolescentes refirió no tener conocimientos de métodos anticonceptivos frente a un 15% de las gestantes adultas; el 5% de las gestantes adolescentes refirió que no se consideró en riesgo y el 5% de las gestantes adolescentes no se atrevió a decirle a su pareja que utilice un método anticonceptivo.

Teniendo un grado de libertad 9, y $\alpha = 0.05$ es de 15,29. El X^2 que obtuvimos es de 12.965, que es menor al valor para $\alpha = 0.05$, podemos concluir que las dos variables son independientes ($p < 0.005$). Por tanto, no hay asociación entre el motivo del por qué no utilizó método anticonceptivo en su primera relación sexual y la gestación en adolescentes.

En la etapa cualitativa, seis de las gestantes adolescentes manifestaron que no utilizaron un método anticonceptivo pues el encuentro se dio de manera inesperada, dejando al azar la ocurrencia de un embarazo, como lo comentó una de ellas: *“mi primera vez estaba con mi enamorado viendo una película en mi casa, no había nadie más, entonces nos comenzamos a besar muy apasionadamente, y me deje llevar...”*, otra manifestó *“... es que la carne llama a la carne y es algo que no se puede detener, ...”*.

Tabla 14. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos entre las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima-Perú, 2014.

Variable		Gestantes		Total	X²
		Adolescente	Adulta		
Conocimientos sobre métodos anticonceptivos	Baja	16	10	26	8,827 p= 0,012
		26,7%	16,7%	21,7%	
	Regular	41	36	77	
		68,3%	60,0%	64,2%	
	Alta	3	14	17	
		5,0%	23,3%	14,2%	
Total		60	60	120	

En relación al conocimiento sobre métodos anticonceptivos, predominó el regular siendo un 68.3% en las gestantes adolescentes frente a un 60% de las gestantes adultas; el 26.7% de las gestantes adolescentes tiene conocimientos bajos sobre anticonceptivos frente a un 16.7% de las gestantes adultas; el 5% de las gestantes adolescentes tiene conocimientos altos sobre anticonceptivos frente a un 23.3% de las gestantes adultas.

Teniendo un grado de libertad 2, y $\alpha = 0.05$ es de 5,99. El X^2 que obtuvimos es de 8.827, que es mayor al valor para $\alpha = 0.05$, podemos concluir que las dos variables no son independientes, sino que están asociadas ($p < 0.005$). Por tanto, sí hay asociación entre conocimiento acerca de anticonceptivos y la gestación en adolescentes.

En la etapa cualitativa, todas las gestantes adolescentes manifestaron tener algún conocimiento sobre métodos anticonceptivos; sin embargo, en la práctica no lo utilizaron.

5.1.3 Factores familiares

a) Tipo de familia

Tabla N°15. Tipo de Familia de las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Variable		Gestantes		Total	X²
		Adolescente	Adulta		
Tipo de familia	Nuclear	25	43	68	11,473 p= 0,003
		41,7%	71,7%	56,7%	
	Incompleta	28	15	43	
		46,7%	25,0%	35,8%	
	Extensiva	7	2	9	
		11,7%	3,3%	7,5%	
Total		60	60	120	

El tipo de familia que predomina en las gestantes adolescentes es la de tipo incompleta con un 46.7% frente a un 25% de las gestantes adultas; la familia nuclear corresponde a un 41.7% en las gestantes adolescentes frente a 71.7%

de las gestantes adultas; el 11.7% de las familias es de tipo extensiva en las gestantes adolescentes frente a un 3.3% de las gestantes adultas.

Teniendo un grado de libertad 2, y $\alpha = 0.05$ es de 5,99. El X^2 que obtuvimos es de 11.473, que es mayor al valor para $\alpha = 0.05$, podemos concluir que las dos variables no son independientes, sino que están asociadas ($p < 0.005$). Por tanto, sí hay asociación entre tipo de familia y la gestación en adolescentes.

b) Presencia de los padres

Tabla N° 16. Presencia de los padres como factor en la gestación adolescente (casos) y la gestación adulta (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Variable	Gestantes		Total	X^2
	Adolescente	Adulta		
Presencia de padres	Ambos padres	28	43	8,938 $p=0,011$
		46,7%	71,7%	
	Un solo padre	27	12	
		45,0%	20,0%	
	Ningún padre	5	5	
		8,3%	8,3%	
Total		60	60	120

La presencia de uno sólo de los padres corresponde a un 45% de las gestantes adolescentes frente a un 20% de las gestantes adultas; el 46.7% de las gestantes adolescentes cuentan con la presencia de ambos padres frente a un 71.7% de las gestantes adultas; la ausencia de los progenitores se evidencia en un 8.3% en ambos grupos.

Teniendo un grado de libertad 2, y $\alpha = 0.05$ es de 5,99. El X^2 que obtuvimos es de 8.938, que es mayor al valor para $\alpha = 0.05$, podemos concluir que las dos variables no son independientes, sino que están asociadas ($p < 0.005$). Por tanto, sí hay asociación entre presencia de los padres y la gestación en adolescentes.

En la etapa cualitativa, en relación a la estructura familiar y permanencia de los padres, se encontró que seis de las participantes pertenecen a familias

donde las madres asumen solas la crianza de sus hijas o hijos, cuando sus parejas las abandonan o trabajan en lugares distantes.

c) Violencia Familiar

Tabla N°17. Violencia Familiar en las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Variable		Gestantes		Total	X²
		Adolescente	Adulta		
Violencia Familiar	Si	31	20	51	5,911 p=0,015
		51,7%	33,3%	42,5%	
	No	29	40	69	
		48,3%	66,7%	57,5%	
	Total		60	60	120

El 42.5% de las gestantes refieren haber recibido violencia familiar, de éstas el 51.7% eran gestantes adolescentes y 33.3% eran gestantes adultas.

Teniendo un grado de libertad 1, y $\alpha = 0.05$ es de 3,84. El X² que obtuvimos es de 5.911, que es mayor al valor para $\alpha = 0.05$, podemos concluir que las dos variables no son independientes, sino que están asociadas ($p < 0.005$). Por tanto, sí hay asociación entre violencia familiar y la gestación en adolescentes.

Tabla N°18. Tipo de Violencia Familiar entre las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Variable		Gestantes		Total	X ²
		Adolescente	Adulta		
Tipo de violencia familiar	No hubo	29	40	69	7,833 p=0,049
		48,3%	66,7%	57,5%	
	Física	10	3	13	
		16,7%	5,0%	10,8%	
	Psicológica	13	14	27	
		21,7%	23,3%	22,5%	
	Sexual	8	3	11	
		13,3%	5,0%	9,2%	
Total		60	60	120	

Del 42.5% que refiere haber recibido violencia familiar, el tipo de violencia que predomina es la psicológica, presentándose en un 21.7% de las gestantes adolescentes frente a un 23.3% de las gestantes adultas; de las gestantes que recibieron violencia física, el 16.7% son gestantes adolescentes y sólo el 5% fueron gestantes adultas; también se evidenció la violencia de tipo sexual, siendo un 13.35% en las gestantes adolescentes y sólo 5% en las gestantes adultas.

Teniendo un grado de libertad 4, y $\alpha = 0.05$ es de 9,49. El X^2 que obtuvimos es de 7.833, que es menor al valor para $\alpha = 0.05$, podemos concluir que las dos variables son independientes ($p < 0.005$). Por tanto, no hay asociación entre tipo de violencia familiar y la gestación en adolescentes.

En la etapa cualitativa, con respecto a la presencia de la violencia familiar, todas las participantes refieren haber recibido alguna vez algún tipo de maltrato por parte de sus padres, y el que predomina es el de tipo psicológico; una de las participantes manifestó que su embarazo había sido deseado con el fin de escapar de su hogar disfuncional: *“quiero mucho a mi enamorado, porque quiero formar una verdadera familia, y que a mi hijo no le falte el amor que a mí me faltó”*. Asimismo, es importante evidenciar que también se da la violencia sexual, como nos contó una de las participantes.

d) Nivel educativo de los padres

Tabla N° 19. Nivel educativo del padre y su relación con las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Variable		Gestantes		Total	X²
		Adolescente	Adulta		
Nivel educativo del padre	Sin instrucción	7	8	15	1,039 p=0,113
		11,7%	13,3%	12,5%	
	Primaria	20	15	35	
		33,3%	25%	29,1%	
	Secundaria	29	33	62	
		48,3%	55%	51,7%	
	Superior	4	4	8	
		6,7%	6,7%	6,7%	
Total		60	60	120	

El nivel educativo que predomina en los padres de las gestantes adolescentes es el nivel secundario con un 48.3% frente a un 55% de las de las gestantes adultas; luego sigue el nivel primario con un 33.3% en los de las gestantes adolescentes frente a un 25% de los de las gestantes adultas; sin instrucción podemos encontrar a un 11.7% de los de las gestantes adolescentes frente a un 13.3% de los de las gestantes adultas; ambos grupos presentaron un 6.7% en el nivel superior.

Teniendo un grado de libertad 3, y $\alpha = 0.05$ es de 7,81. El X^2 que obtuvimos es de 1.039, que es menor al valor para $\alpha = 0.05$, podemos concluir que las dos variables son independientes ($p > 0.005$). Por tanto, no hay asociación entre la gestación en adolescentes y el nivel de educativo del padre.

Tabla N° 20. Nivel educativo de la madre y su relación con las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Variable	Gestantes		Total	X^2
	Adolescente	Adulta		
Nivel educativo de la madre	Sin instrucción	5 4,2%	10 5,0% 4,1%	2,533 $p=0,594$
	Primaria	30 26,6%	24 35% 30,8%	
	Secundaria	23 63,2%	23 48,3% 55,8%	
	Superior	2 3,3%	3 5% 4,2%	
	Total	60	60 120	

El nivel educativo que predomina en las madres de las gestantes adolescentes es el nivel secundario con un 63.2% frente a un 48.3% de las de las gestantes adultas; luego sigue el nivel primario con un 26.6% en las de las gestantes adolescentes frente a un 35% de las de las gestantes adultas; sin instrucción podemos encontrar a un 4.2% de las de las gestantes adolescentes frente a un 5% de las de las gestantes adultas; con nivel superior se encuentra a 3.3% en el de las gestantes adolescentes frente a un 5% en el de las gestantes adultas.

Teniendo un grado de libertad 3, y $\alpha = 0.05$ es de 7,81. El X^2 que obtuvimos es de 2,533, que es menor al valor para $\alpha = 0.05$, podemos concluir que las dos variables son independientes ($p > 0.005$). Por tanto, no hay asociación entre la gestación en adolescentes y el nivel de educativo de la madre.

e) Comunicación con los padres

Tabla N° 21. Comunicación con el padre y su relación con las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Variable		Gestantes		Total	X²
		Adolescente	Adulta		
Comunicación con el padre	Buena	19	31	50	6,320 p=0,042
		31,7%	51,7%	41,7%	
	Regular	24	21	45	
		40,0%	35,0%	37,5%	
	Mala	17	8	25	
		28,3%	13,3%	20,8%	
Total		60	60	120	

6,320
 $p=0,042$

El 40% de las gestantes adolescentes tiene regular comunicación con el padre frente a un 35% de las gestantes adultas; el 31.7% de las gestantes adolescentes tiene buena comunicación frente a un 51.7% de las gestantes adultas; el 28.3% de las gestantes adolescentes tiene mala comunicación frente a un 13.3% de gestantes adultas.

Teniendo un grado de libertad 2, y $\alpha = 0.05$ es de 5,99. El X^2 que obtuvimos es de 6.320, que es mayor al valor para $\alpha = 0.05$, podemos concluir que las dos variables no son independientes, sino que están asociadas ($p < 0.005$). Por tanto, sí hay asociación entre la comunicación con el padre y la gestación en adolescentes.

Tabla N° 22. Comunicación con la madre y su relación con las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Variable	Gestantes		Total	X ²	
	Adolescente	Adulta			
Comunicación con la madre	Buena	34	48	82	7,724 p=0,021
		56,7%	80,0%	68,3%	
	Regular	20	10	30	
		33,3%	16,7%	25,0%	
	Mala	6	2	8	
		10,0%	3,3%	6,7%	
Total		60	60	120	

El 56.7% de las gestantes adolescentes tiene buena comunicación con la madre frente a un 80% de las gestantes adultas; el 33.3% de las gestantes adolescentes tiene regular comunicación frente a un 16.7% de las gestantes adultas; el 10% de las gestantes adolescentes tiene mala comunicación frente a un 3.3% de gestantes adultas.

Teniendo un grado de libertad 2, y $\alpha = 0.05$ es de 5,99. El X² que obtuvimos es de 7.724, que es mayor al valor para $\alpha = 0.05$, podemos concluir que las dos variables no son independientes, sino que están asociadas ($p < 0.005$). Por tanto, sí hay asociación entre la comunicación con la madre y la gestación en adolescentes.

En la etapa cualitativa, respecto a la comunicación con los padres, las participantes manifestaron que no es igual con los dos padres: *“hay padres que te inspiran confianza pero otros no, yo a mi mamá si le hablo, a mi papá no...”, “...mi papá cuando llega del trabajo se pone a ver televisión, me gustaría que me preste más atención, a veces como que le hablo y le da lo mismo...”*.

Todas las participantes mencionaron la escasa comunicación con su padre, quien *“casi nunca tiene tiempo para hablar porque está muy ocupado en*

su trabajo o con su nuevo compromiso”, o en todo caso la comunicación negativa que se caracteriza por discusiones sin posibilidad de diálogo, falta de comprensión, dificultad en escuchar, poca atención, y el no aceptar un punto de vista diferente. Algunos incluyen el faltarse el respeto, la agresión verbal y el tono de voz autoritario: “mi padre me prohibió que tenga enamorado, y cuando le dije que es algo normal, que muchas de mis amigas ya tienen, en ese momento se llenó de cólera y comenzó a gritarme y a insultarme...”.

Es importante mencionar, que al total de las participantes les gustaría mantener una adecuada comunicación con sus padres, y los principales temas que les gustaría conversar es acerca de su estado de ánimo, miedos, los logros y proyectos. *“Me gustaría decirle a mis padres cuando estoy pasando por momentos difíciles para recibir su apoyo y comprensión, pero tengo miedo de que suceda todo lo contrario y prefiero quedarme callada...”.*

f) Consulta a los padres sobre sexualidad

Tabla N° 23. Consulta con el padre sobre sexualidad de las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Variable	Gestantes		Total	X ²	
	Adolescente	Adulta			
Consulta al padre sobre sexualidad	No	56	50	106	2,911 p=0,088
		93,3%	83,3%	88,3%	
	Si	4	10	14	
		6,7%	16,7%	11,7%	
Total		60	60	120	

El 93.3% de las gestantes adolescentes refieren no consultar al padre sobre sexualidad frente al 83.3% de las gestantes adultas. Sólo un 6.7% de las gestantes adolescentes si consulta al padre sobre sexualidad frente a un 16.7% de las gestantes adultas.

Teniendo un grado de libertad 1, y $\alpha = 0.05$ es de 3,84. El X² que obtuvimos es de 2.911, que es menor al valor para $\alpha = 0.05$, podemos concluir que las dos

variables son independientes ($p>0.005$). Por tanto, no hay asociación entre consultar al padre sobre sexualidad y la gestación en adolescentes.

Tabla N° 24. Consulta con la madre sobre la sexualidad de las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Variable		Gestantes		Total	X²
		Adolescente	Adulta		
Consulta a la madre sobre sexualidad	No	43	31	74	5,076 p=0,024
		71,7%	51,7%	61,7%	
	Si	17	29	46	
		28,3%	48,3%	38,3%	
Total		60	60	120	

5,076
 $p=0,024$

El 71.7% de las gestantes adolescentes refieren no consultar a la madre sobre sexualidad frente a un 51.7% de las gestantes adultas. Sólo un 28.3% de las gestantes adolescentes refieren que si consultan a la madre sobre sexualidad, frente a un 48.3% de las gestantes adultas.

Teniendo un grado de libertad 1, y $\alpha =0.05$ es de 3,84. El X² que obtuvimos es de 5.074, que es mayor al valor para $\alpha =0.05$, podemos concluir que las dos variables no son independientes ($p<0.005$). Por tanto, si hay asociación entre consultar a la madre sobre sexualidad y la gestación en adolescentes.

En la etapa cualitativa, en relación a la comunicación sobre temas de sexualidad, todas refieren que es un tema que debería ser tratado con la mamá; sin embargo, la mayoría manifiesta la escasa confianza que tienen para preguntar acerca de la sexualidad con su madre, o también hay quienes creen que deben tener su privacidad, o a quienes le tienen miedo, y por eso preguntan *a sus amigos o amigas mayores, o enamorados, o a cualquier compañero que haya tenido ya experiencia sexual, “... a mi mamá no le pregunto sobre temas de sexualidad, porque tengo miedo que piense mal de mí o me reprenda, prefiero hablar con mis amigas”*.

g) Antecedente de embarazo adolescente

Tabla N° 25. Antecedente de embarazo adolescente en la familia de las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Variable		Gestantes		Total	X ²
		Adolescente	Adulta		
Antecedente de embarazo adolescente en la familia	Si	28	20	48	3,369 p=0,186
		46,7%	33,3%	40,0%	
	No	23	33	56	
		38,3%	55,0%	46,7%	
	No sabe	9	7	16	
		15,0%	11,7%	13,3%	
Total		60	60	120	

El 46.7% de las gestantes adolescentes refieren haber tenido antecedentes de embarazo adolescente en su familia frente a un 33.3% de las gestantes adultas; el 38.3% de las gestantes adolescentes refieren no tener antecedentes de embarazo adolescente en la familia frente a un 55% de las gestantes adultas. Hay un grupo que no sabe la presencia o no de este antecedente, siendo en el caso de las gestantes adolescentes 15% frente a un 11.7% de las gestantes adultas.

Teniendo un grado de libertad 2, y $\alpha = 0.05$ es de 5,99. El X² que obtuvimos es de 3.369, que es menor al valor para $\alpha = 0.05$, podemos concluir que las dos variables son independientes ($p > 0.005$). Por tanto, no hay asociación entre antecedente de embarazo en la familia y la gestación en adolescentes.

Cabe resaltar que un 46,7% (28 casos) de las gestantes adolescentes presentaron antecedente de embarazo en la familia, este hecho podría crear un círculo generacional del cual las mujeres de aquellas familias, tengan mayor probabilidad de riesgo para un embarazo en la adolescencia, aunque estadísticamente no se encontró asociación.

5.1.4 Factores sociales

Tabla N° 26. Habilidades sociales y su relación con las gestantes adolescentes (casos) y las gestantes adultas (controles). CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Variable	Gestantes		Total	X ²
	Adolescente	Adulta		
Habilidades sociales	Baja	17 28,3%	24 40,0%	41 34,2%
	Regular	43 71,7%	34 56,7%	77 64,2%
	Alta	0 0,0%	2 3,3%	2 1,7%
	Total	60	60	120
				4,247 p= 0,120

El 71.7% de las gestantes adolescentes tienen habilidades sociales desarrolladas de manera regular frente a un 56.7% de las gestantes adultas; las gestantes adolescente presentan bajas habilidades sociales en un 28.3% frente a un 40% de las gestantes adultas. Sólo el 3.3% de las gestantes adultas tienen habilidades sociales altamente desarrolladas, no encontrándose este nivel en las gestantes adolescente.

Teniendo un grado de libertad 2, y $\alpha = 0.05$ es de 5,99. El X² que obtuvimos es de 4.247, que es menor al valor para $\alpha = 0.05$, podemos concluir que las dos variables son independientes ($p > 0.005$). Por tanto, no hay asociación entre habilidades sociales y la gestación en adolescentes.

Finalmente, esta tabla muestra los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario validado de habilidades sociales, el cual pertenece al **factor social** del estudio. En este caso no se encontró asociación significativa con la gestación en la adolescencia ($p = 0,120$).

En la etapa cualitativa, ocho de las participantes refieren poseer ciertas habilidades sociales; sin embargo, es difícil ponerlas en práctica en determinadas situaciones: *“sabía perfectamente que debía decir que no a mi enamorado cuando me propuso tener relaciones la primera vez, pero a la hora de la hora sólo me dejé llevar...”*.

Otra situación en la que le es difícil poner en práctica las habilidades sociales, es en lo concerniente a las influencias sociales. Las adolescentes manifestaron una presión constante por parte de su entorno amical para iniciar precozmente su actividad sexual: *“para poder estar dentro de los grupos más cool (populares) es necesario tener experiencia sexual, si es con varios chicos mejor”, “las compañeras con más experiencia sexual incentivan al grupo a participar en juegos de tipo sexual como botella borracha o dar besos a chicos del aula o hacer strip-tease, castigando severamente a aquellas que no participen”*; así como ante una constante influencia de los medios de comunicación, en especial mediante las redes sociales de la web: *“es común ver a compañeras tomándose fotos muy sexys y colgándolas en su facebook para ganar likes, como si se tratara de una competencia, y sin importar que se traten de desconocidos, sólo se debe demostrar quién tiene más jale...”*.

5.2 Análisis cuantitativo: Odd-ratio

Tabla N° 27. Odd ratios de los factores individuales, familiares y sociales del embarazo adolescente. CMIJG, Lima – Perú, 2014.

Dimensión	Variables	OR	Intervalo de confianza 95%		Tipo de asociación
			Inferior	Superior	
Individual	Recepción de educación sexual	1,217	0,510	2,908	No significativa
	Utilización de anticonceptivo en primera relación sexual	1,500	0,728	3,091	No significativa
Familiar	Violencia familiar	2,529	1,188	5,387	Significativa (Factor de riesgo)
	Consulta al padre sobre sexualidad	2,800	0,826	9,490	No significativa
	Consulta a la madre sobre sexualidad	2,366	1,111	5,040	Significativa (Factor de riesgo)
Social	Habilidades sociales	0,593	0,277	1,272	No significativa

Respecto al cálculo del odd-ratio, se evaluaron los factores: individual, familiar y social, en el caso de los dos primeros factores se seleccionaron aquellas variables de tipo dicotómicas, y en el caso de las habilidades sociales, se agruparon las respuestas en dos categorías (malas y regulares-buenas) para dicotomizarlas.

Según este análisis observamos que los factores individuales y sociales no tiene una asociación estadísticamente significativa con el embarazo adolescente.

Según el análisis, el factor familiar medido a través de la violencia familiar con un OR = 2,529 y la consulta a la madre sobre sexualidad con un OR = 2,366 son los únicos que muestran una asociación significativa con el embarazo adolescente. Lo que, sustenta la importancia del factor familiar como factor de riesgo para el embarazo adolescente.

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La adolescencia es una etapa muy compleja que atraviesa el ser humano, quien si bien es cierto cuenta con elementos suficientes para conocer y entender el mundo que lo rodea, el organismo atraviesa muchos cambios físicos, mentales y sociales. Entre dichos cambios se encuentra el despertar y querer iniciar una vida sexual activa, la cual si no se da de manera saludable y segura, pueda ocasionar un embarazo.

El embarazo en la adolescencia es una realidad en nuestro país y en toda Latinoamérica. En el Perú, el porcentaje de mujeres adolescentes (15 a 19 años) que están o han estado alguna vez embarazadas se mantiene a niveles estables (alrededor del 13%) en las últimas dos décadas. Los porcentajes varían notablemente según se trate de adolescentes pobres o no pobres, urbanas o rurales, y según región natural (en la selva supera el doble del promedio nacional), lo que las limita para aprovechar sus escasas oportunidades educativas, laborales y de desarrollo personal y familiar en sus transiciones hacia la vida adulta. Aunque a nivel rural se registra un leve descenso, a nivel nacional el valor se mantiene estable, a causa de un leve aumento en las áreas urbanas, incluyendo Lima Metropolitana, cuyas poblaciones crecen, a diferencia de las poblaciones rurales (Mendoza, 2013).

El presente estudio se realizó en una zona rural urbano-marginal, como es la localidad de José Gálvez, distrito de Villa María del Triunfo, la cual pertenece a Lima Metropolitana, donde el número de embarazos adolescentes atendidos en el Centro Materno Infantil José Gálvez, en el año 2014,

correspondió a un 13,21% del total de la población gestante atendida, porcentaje que está cada vez más en aumento, y donde las medidas propuestas para enfrentar la problemática adolescente no han sido debidamente implementadas.

Es importante mencionar que aún las estadísticas nacionales sobre esta problemática, no recogen una información completa y veraz, pues sólo consideran a la adolescencia tardía (15 a 19 años). Por lo que el principal foco de las políticas públicas de adolescencia y juventud recae en este grupo.

Sin embargo, la población que pertenece a la adolescencia temprana reciben escasa atención a pesar de que constituyen una etapa crítica del desarrollo físico y psicológico, y un momento de máxima vulnerabilidad y de exposición a riesgos que pueden acarrear consecuencias de por vida. En este sentido, el periodo entre los 10 y 14 años también es un momento de gran oportunidad para que los adultos, padres/madres, docentes, cuidadores/as y equipos de salud intervengan para acompañar a los y las adolescentes en su transición hacia la madurez, ayudándolos a desarrollar competencias y habilidades y a reducir los riesgos y daños (Gómez, 2011).

Es importante reconocer el nivel de gravedad de esta problemática, en nuestro país, que pone de manifiesto la escasa o ineficaz apuesta por esta etapa de vida, dejándola al abandono y desidia, donde las políticas públicas han hecho casi nada, o si lo han hecho aún resulta ineficaz, para atender con éxito la problemática del embarazo en la adolescencia; por lo que los hallazgos del presente trabajo puede contribuir a direccionar las medidas preventivas del Plan Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente, donde se destaque el trabajo intersectorial, sobre todo entre el Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.

Al analizar las características generales de las gestantes adolescentes que formaron parte del estudio, se aprecia un bajo nivel de escolaridad, teniendo 48.3% sólo primaria. Este resultado se asemeja a los datos proporcionados por el ENDES 2012 y el MINSA en el “Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes” (2013), los cuales afirmaban que carecer de

escolaridad o tener primaria incompleta aumenta notablemente las posibilidades de tener el primer hijo en la adolescencia, y que coincide con otras evidencias recolectadas en Latinoamérica. Ávila y Col. (2011), en su artículo titulado *“Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbano marginales de Comayagüela-Honduras”*; así como Gómez y Montoya (2014), en su trabajo titulado *“Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012”*, refieren que si la adolescente deja de culminar sus estudios, lo más probable es que este sea un factor para que la adolescente se embarace, por lo que podemos decir que el grado de escolaridad se relaciona directamente con el incremento de la probabilidad de embarazarse en la adolescencia.

Un hallazgo interesante fue encontrado en el estudio cualitativo, donde se evidenció que las adolescentes embarazadas truncan todos los estudios subsiguientes. En vez de ser una causa del embarazo adolescente, se encontró que el no culminar los estudios fue una consecuencia, por lo que podemos decir que el embarazo adolescente es un factor que induce a la deserción escolar.

En el caso del factor individual, en nuestro estudio se encontró que el 76.7% de gestantes adolescentes refirió haber recibido educación sexual, resultado similar al grupo control (80%); tampoco se evidenció diferencias en el nivel de conocimientos sobre sexualidad entre ambos grupos, no hallándose una asociación significativa entre conocimientos sobre sexualidad y el embarazo en adolescentes. Este hallazgo podría tener una relación directa con otras variables del estudio, tal como mencionó Baeza y col. (2007), quien consideraba que los adolescentes tienen información de los métodos anticonceptivos pero no saben cómo usarlos. El nivel de conocimientos sobre sexualidad que no mostró asociación en el estudio coincide con lo hallado por Binstock (2010), el cual concluye que “la instrucción, charlas o clases sobre salud sexual y cuidado reproductivo en la escuela, así como los conocimientos exhibidos en torno al funcionamiento del sistema reproductivo y de métodos y uso de anticonceptivos, sugieren que dichos cursos, así como el provecho obtenido por las adolescentes, han sido insuficientes.” Esta visión de la educación sexual es compartida por Flórez (2005), quien no encontró efecto importante entre la frecuencia de las

charlas de educación sexual impartidas en las escuelas en la reducción del embarazo no planeado en adolescentes; asimismo, encontró que los adolescentes consideran al docente como su principal fuente de información para estos temas, resultado similar al obtenido en el presente trabajo (46.7%). Sin embargo, el estudio de Flórez arroja que el 40% de los referidos adolescentes consideran que los docentes no están preparados adecuadamente para brindar educación sexual. En nuestra realidad, esta situación también se manifiesta, por lo que la responsabilidad debe recaer en aquellos profesionales de la salud, quienes por la naturaleza de su formación académica se hallan debidamente preparados para el desarrollo de dicha actividad, teniendo mayor impacto si es que estos profesionales trabajan con los padres de familia como veremos más adelante.

La edad promedio del inicio de las relaciones sexuales en gestantes adolescentes, obtenido en este trabajo (15,37 años), es muy cercana al proporcionado por el MINSA (2013): 16 años en mujeres y 15,5 años en varones.

En relación al uso de métodos anticonceptivos, se concluye que el 60% de gestantes adolescentes refiere que no empleó anticonceptivos en su primera relación sexual; dato parecido encontrado por el MINSA (2013), quienes reportaron entre un 40 y 50%; y al proporcionado por Rodríguez (2008) en su estudio de adolescentes colombianas (57%). Estudios de la sexualidad adolescente (ENDES 2012) muestran las dificultades de las adolescentes para negociar su vida sexual y prevenir un embarazo. A eso se agrega que a la mayoría de adolescentes les resulte particularmente difícil acercarse a un servicio de salud para pedir anticonceptivos o exigir a la pareja que use preservativos, sin contar los casos en que las adolescentes son violentadas sexualmente.

Con respecto al método anticonceptivo elegido por los adolescentes en su primera relación sexual, el condón masculino, en nuestro estudio, presenta el 30% de preferencia, resultado menor que el proporcionado por el ENDES (2012), el cual refiere que este método anticonceptivo es el más requerido con un 42,4%. Estos mismos hallazgos fueron evidenciados en el estudio cualitativo. Las

gestantes adolescentes manifestaron que el principal lugar donde adquirieron dichos métodos fue en la farmacia o botica con un 36,7% mientras que ninguna acudió al establecimiento de salud. Esto evidencia la falta de acceso por parte de la población adolescente a los servicios de salud sexual y reproductiva, en especial a planificación familiar. Una de las limitaciones más serias es la ampliación de la edad de la indemnidad sexual que prohíbe todo acto sexual, aun cuando fuera consentido, por parte de personas menores de 18 años (Ley 28704, 2006, que modifica el Código Penal). Esta situación dificulta prevenir un embarazo en el caso de las adolescentes, pues el personal de salud está obligado a reportar a los padres, cuando una adolescente se acerca al servicio de salud por temas vinculados a su salud sexual y reproductiva.

En cuanto a conocimientos acerca de métodos anticonceptivos, el 68.3% de las gestantes adolescentes tiene un conocimiento regular del mismo, el 26.7% muestra un conocimiento bajo del tema y sólo el 5% tiene conocimientos altos de los métodos anticonceptivos. En general, las adolescentes tienen alguna noción de los métodos anticonceptivos; sin embargo, el tema pasa por no sólo conocerlos sino usarlos, es decir, la concienciación de hacerlo, y hacerlo de la manera correcta. En nuestro estudio el 18,3% de las gestantes adolescentes no utilizó un método anticonceptivo porque refieren que no tenía los conocimientos al respecto.

La educación sexual brinda la oportunidad de desarrollar habilidades socioemocionales, relacionarse con otras personas de manera positiva, comprender los cambios (físicos, psicológicos y sociales) que se dan en las diferentes etapas de la vida y la capacidad de vivir la sexualidad de forma responsable y satisfactoria (Mujica, 2013).

Las políticas que buscan reducir el embarazo adolescente tendrían que considerar mucho más que solo brindar información sobre los anticonceptivos y facilitar su acceso. Es decir que, sin educación sexual de calidad o el fortalecimiento de las capacidades de asertividad adolescente, es realmente poco lo que se pueda lograr para la reducción del embarazo adolescente (Mujica, 2013).

Nuestro estudio pone en evidencia la deficiencia en la educación sexual que están recibiendo nuestras adolescentes, el cual como hemos visto se da principalmente en las instituciones educativas. Podemos decir que, las condiciones en la que las y los adolescentes y jóvenes ejercen su sexualidad, en nuestro país, no son favorables y por ende, las consecuencias pueden afectar sus proyectos de vida y salud. Por tanto, es importante que la educación sexual integral, que es una estrategia ya planteada para la prevención del embarazo adolescente, sea realizada por personas especializadas en el área de la salud sexual y reproductiva, que trabajen en forma conjunta con los padres de familia y docentes

Para el caso del factor familiar, los resultados obtenidos en relación a la estructura de la familia en las gestantes adolescentes, son similares a los resultados obtenidos por Alarcón (2009), el cual encontró una relación entre la convivencia de las adolescentes con sus padres y la ocurrencia de embarazo precoz: las adolescentes que no conviven con sus padres tienen 2,6 veces más probabilidad de concebir un embarazo no deseado que las que sí conviven con sus padres. En nuestro estudio, se destaca que la mayoría de gestantes adolescentes provienen de familias incompletas (46,7% contra 25,0%) y con un solo progenitor (45,0% contra 20,0%). En el etapa cualitativa, se puede apreciar que muchas veces cuando los padres se separan, establecen nuevas parejas, teniendo a veces que convivir con los hijos de ellos bajo el mismo techo, presentándose situaciones conflictivas, especialmente por los desacuerdos en las pautas de crianza o las preferencias a determinado hijo o hija.

Ante esta situación, a veces se busca la ayuda de los abuelos u otros familiares, quienes a veces asumen la crianza de las adolescentes, existiendo una mayor permisividad con respecto al control de las salidas de las mismas, como lo manifestó una de las gestantes adolescentes del estudio cualitativo: “mis papás se separaron y cada uno de ellos formó su propio hogar con una nueva pareja, y me enviaron a Lima a la casa de unos tíos para estudiar... poco tiempo después me embaracé”.

Este es un factor a tomar en cuenta en las familias, que se corroboró en la complementariedad del estudio cualitativo, y es que la soledad y exposición en la que se encuentran las y los adolescentes por la ausencia de sus padres, debido a las labores que hacen ellos fuera de casa. Esto lo hacen notorio en el presente estudio, que casi tres veces más es la probabilidad de que una adolescente no habite o viva con sus padres.

En relación a los hallazgos del estudio cualitativo, la relación entre la ausencia de la figura paterna y el embarazo en la adolescente, coincide con una de las conclusiones que Ku (1993) mencionó en su estudio: “ante esta situación (la ausencia del padre) las madres han buscado compensarlo mediante una estabilidad económica, llevándolas a ejercer trabajos con jornadas laborales extensas, desencadenando un deterioro exponencial de la relación familiar produciendo una decadencia en la comunicación, que conlleva a la adolescente a buscar de manera externa aquello de lo que carece, encontrando este “apoyo” en personas jóvenes que como ella no cuentan con la experiencia necesaria, que orillará a la toma de decisiones equivocadas que traerán como consecuencia embarazos no planificados”. A una conclusión similar llegó Trinidad y Col. (2015) en un estudio cualitativo, donde mencionó “que a pesar de las adversidades que se presenten en el seno familiar, no se debe impedir la relación entre sus integrantes, ya que esto va a servir para que los adolescentes estén más abiertos a una franca comunicación y de tal manera sus decisiones sean las más óptimas para su futuro”. Una de los hechos que salta a la vista es que cuando la familia de la adolescente se entera que ella está embarazada, inmediatamente surge una serie de problemas al interior de la familia, y la definición de continuar o concluir con la gestación es lo primero que se discute. Recordemos, que el embarazo y la maternidad forzada ponen en juego la salud y vida de las adolescentes.

De esta manera se demuestra que la familia es la estructura social que afecta o influye de la forma más decisiva en los comportamientos de los hijos, pues en ella transcurre el proceso de socialización y se estructura la identidad de sus miembros. El hecho de vivir con ambos padres es un factor positivo para que las adolescentes, no salgan embarazadas a tan corta edad; sin embargo, en

nuestra realidad está surgiendo el perfil de una familia desarticulada, inestable y debilitada con la presencia de solo un progenitor, lo que está vinculado a una mayor dificultad en supervisar la conducta de las y los adolescentes, hecho que debe ser tomado en cuenta en la elaboración de medidas preventivas para la reducción del embarazo adolescente, a través de la búsqueda de redes de apoyo a este tipo de familias.

En relación a la dinámica familiar, una asociación significativa obtenida en nuestro trabajo es la presencia de violencia familiar (51,7%) como factor de riesgo para el embarazo adolescente, y que el tipo de violencia que predomina es la psicológica. Este hallazgo es corroborado en el estudio cualitativo. Una explicación puede ser que la adolescente considere el embarazo como una alternativa de escape de esta situación. Este hallazgo es similar a lo obtenido por Rea (2012) en Quito, donde encontró que las adolescentes de 13 a 19 años han revelado que su situación familiar es severamente conflictiva (73.33%) y que el maltrato psicológico es el que más persiste en sus hogares.

La violencia contra niñas y niños por parte de sus madres y padres es una grave situación que afecta sus derechos humanos y según el tipo de violencia y su gravedad puede implicar grave riesgo para su salud física y emocional. De acuerdo con la información que se cuenta, el maltrato de niñas, niños y adolescentes alcanza cifras gravísimas.

Se conoce que en los casos de violencia sexual contra niñas y niños, el agresor es generalmente del entorno cercano de la víctima. La violencia sexual afecta seriamente su integridad física, sexual y emocional y tiene impacto en su vida futura. Afecta su derecho a una vida libre de violencia, el derecho al cuidado y a la protección. Lo grave de estas situaciones es que la violencia es ejercida por quienes son responsables de su cuidado. Todas estas formas de violencia confluyen y se refuerzan al interior de las familias, creando condiciones de alta vulnerabilidad sobre todo para las niñas.

En el Perú, cada 4 niñas menores de 15 años se convierten en madres, y gran parte de ellas fue víctima de violencia sexual. Esas niñas tienen mayor

riesgo a morir, y en el 80% de los casos abandonan la escuela. En los últimos 15 años la cifra de niñas madres en el Perú ha aumentado en más del 60%, según datos de la RENIEC.

En nuestra investigación se determinó que la violencia, dentro de la familia, es uno de los factores que resultó significativo. Es producto del día a día de los adultos y las familias, la rutinización de las cosas y la poca comunicación entre padres a hijos, pero sobretodo incide mucho la vivencia con otros familiares dentro de la familia (primos, sobrinos, tíos, abuelos, concuñados, parejas sentimentales de los padres separados o en franca lucha de divorcio). Éstas son situaciones que la adolescente convive en el transcurrir, de allí que esa violencia hace que ella busque, tal vez, una situación distinta, una verdadera familia, su familia, otra oportunidad de mejora para ella, y en error piensa que teniendo un embarazo pueda ella, salir de lo que le aqueja.

En relación a la comunicación entre las adolescentes con sus progenitores, vemos que no es la misma. Esta elección depende de los temas a tratar (sexualidad, deporte, colegio, tareas), las características que se les atribuye al padre o madre (accesibilidad, apertura, rigidez), las particularidades del vínculo (confianza, posibilidad de ser comprendido) y las consecuencias inmediatas (posibilidad de ser retado, consejo, explicación). En nuestro estudio se evidenció que en las gestantes adolescentes hay más casos de mala comunicación con el padre (28,3%) que con la madre (10,0%).

Debemos resaltar el aspecto de una casi nula o inadecuada comunicación entre las adolescentes y progenitores, en especial en la temática de sexualidad, que también se encontró en el estudio cualitativo. Se sabe que los y las adolescentes se desarrollan en un panorama de transición e incertidumbre, con cambios fisiológicos, psicológicos, físicos, etc.; el mismo que muchas veces tiene sus orígenes en el seno del hogar. Esta situación ha sido corroborada en este estudio al encontrarse una asociación significativa entre la consulta a la madre sobre sexualidad y el embarazo adolescente, ya que sólo el 28.3% de las adolescentes encuestadas refiere haber consultado a la madre sobre sexualidad. Estos resultados son similares a los hallados en el estudio cualitativo y por

Salazar (2007), donde demostró que adolescentes con regular y mala comunicación familiar tienen conocimiento malo y muy malo en sexualidad. Asimismo, Ávila (2011) encontró que el haber recibido educación sexual a nivel familiar fue un factor protector del embarazo en la adolescencia, lo que nos indica la necesidad de una preparación adecuada de los padres, así como la generación de un ambiente de confianza, en especial con la madre, para generar una buena comunicación con nuestros hijos. Nuestro estudio pone en evidencia que la educación de las madres es un factor fundamental por ser la guía de las y los adolescentes en diversos temas, pero sobre todo en lo relacionado a su sexualidad.

A pesar de que existe normativas y políticas que vislumbra líneas de acción a realizar en favor de las familias, estas no son cumplidas y/o apropiadas adecuadamente por las instituciones del Estado responsables de atender las necesidades de las familias del país. Esto se evidencia principalmente en el accionar de los niveles de gobierno que tiene más llegada a la población como son los Gobiernos Regionales y Locales, donde el tema de familias se reconoce como importante, pero no se sabe cómo abordarlas, dando prioridad a otros temas, postergando el qué y cómo hacer para implementar políticas de fortalecimiento de las familias del trabajo de las autoridades regionales y locales.

Asimismo, la ausencia de información oportuna, de calidad y accesible representa una problemática para el diseño, gestión y evaluación de programas y proyectos en materia de fortalecimiento de las familias. Conocer cuáles son los cambios que acontecen en las familias como parte de los procesos de cambios económicos, políticos, sociales y culturales que se da en el país, es imprescindible para identificar las necesidades latentes de las familias a ser tomadas en cuenta en la agenda de las políticas públicas.

El factor social, representado por las habilidades sociales de la población encuestada, no evidenció una asociación significativa. Vallejos (2008) encontró que “los mejores puntajes de las adolescentes no embarazadas (en el rubro de habilidades sociales) darían cuenta de un mejor y eficaz desempeño en las relaciones interpersonales (en comparación con las adolescentes embarazadas)

y podría ser una de las condiciones para evitar el embarazo temprano”. Sería interesante la realización de estudios de adolescentes embarazadas y adolescentes no embarazadas para poder corroborar dichos hallazgos.

En nuestro estudio se evidenció que el 71.7% de las gestantes adolescentes tienen habilidades sociales desarrolladas de manera regular frente a un 56.7% de las gestantes adultas; sin embargo, parece ser que no la aplicaron al encontrarse frente a situaciones de riesgo de embarazo, ello debido a la importancia que cobran otros factores como el familiar, donde la inadecuada comunicación entre padres e hijos y/o la presencia de violencia familiar, son factores que repercuten de manera directa en la probabilidad de que la adolescente se embarace o evite hacerlo.

Es llamativa la escasez de trabajos que valoren la opinión de los propios actores sociales respecto al embarazo adolescente. Así, es fundamental conocer la percepción de las gestantes adolescentes respecto a los factores individuales, familiares y sociales asociados a la presencia de este problema de salud pública. Esta metodología cualitativa brindó la oportunidad de indagar las percepciones y experiencias de las gestantes adolescentes sin restringirlas a las categorías preconcebidas. Sería interesante poder incluir a los otros actores involucrados en la problemática del embarazo adolescente como es la pareja y los padres.

Es abundante lo que se habla sobre los riesgos que circunscriben al embarazo en la adolescencia, tanto antes, durante y después de la gestación, tanto para la futura madre como para su pequeño hijo por nacer; pero a pesar de todo hay quienes asumen esa responsabilidad, siendo muy jóvenes y sin la debida preparación y madurez. La presente investigación se basa específicamente en cómo los factores individuales, familiares y sociales están directamente o no asociados al embarazo en la adolescencia y como éste va a repercutir de forma negativa en nuestra sociedad, permitiendo que cada vez nuestra población adolescente tenga menos cultura, menos conocimientos de sus deberes y derechos; y, por ende, limitar sus oportunidades laborales y de realización personal, evitando su desarrollo y el de la sociedad.

Finalmente, respecto a los hallazgos encontrados en el presente estudio, los factores de riesgo que tienen una asociación significativa con el embarazo adolescente corresponde a la violencia familiar y a la consulta a la madre sobre sexualidad, los cuales están dentro de los factores familiares. Es necesario realizar estudios que profundicen el conocimiento y análisis de dichas variables, para realizar las intervenciones preventivas necesarias.

A pesar de las distintas estrategias planteadas para disminuir la tasa de embarazos adolescentes, no se está logrando un descenso significativo; esto nos lleva a reflexionar que es necesario priorizar las intervenciones en aquellos factores que son más significativos, y pueden ser trabajados en el primer nivel de atención, que según nuestro estudio sería el factor familiar. Es importante entonces reorientar las actividades preventivas, en mejorar primero el sistema familiar donde viven nuestras adolescentes, evitando de esta manera que sean vulnerables a un embarazo, mientras ello no ocurra, las demás medidas implementadas no tendrán ningún impacto significativo en la reducción del embarazo adolescente.

Para ello es importante tener en cuenta, que muchas veces trabajar con la población adolescente, que ya tiene el problema, no es una adecuada estrategia, tenemos que ir más atrás, no sólo trabajar desde la niñez, sino más importante aún, trabajar con los padres, preparándolos para ejercer una paternidad y maternidad responsable, con amor y límites, generando un clima familiar favorable para el desarrollo integral de todos sus miembros.

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

- a) Los factores individuales que influyen en la ocurrencia del embarazo adolescente son: nivel educativo, ocupación, salud emocional, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.
- b) Los factores familiares que influyen en la ocurrencia del embarazo adolescente son: tipo de familia, presencia de los padres, violencia familiar, comunicación con los progenitores y consulta a la madre sobre sexualidad.
- c) No se halló evidencia estadística que nos muestre una asociación significativa entre habilidades sociales, como factores sociales, y la ocurrencia de la gestación en la adolescencia.
- d) La violencia familiar y la consulta a la madre sobre sexualidad son factores de riesgo asociados al embarazo adolescente.

7.2. Recomendaciones

- a) Implementar y/o reforzar los programas de salud que aborden la problemática de la familia; por ejemplo: las escuelas de padres, programa de familias y viviendas saludables, y el programa familias fuertes: amor y límites; con el propósito de proteger la formación de nuestros niños y adolescentes, así como su salud sexual y reproductiva.

- b)** Construir modelos complejos de prevención del problema del embarazo adolescente, que consideren la violencia familiar, en especial la violencia sexual, con la participación de todos los sectores involucrados con el tema.
- c)** Establecer en cada institución educativa un profesional de la salud, que por la naturaleza de su formación académica se halla debidamente preparado, para brindar consejería y orientación en salud sexual y reproductiva a los padres de familia, docentes, y en especial a los y las adolescentes.
- d)** Insistir en el desarrollo de actividades preventivo promocionales, como una de las tareas fundamentales para desarrollar y producir cambios sostenibles en el rol de los padres y en la formación integral de sus hijos, incluso antes de su nacimiento, para desarrollar una crianza saludable y efectiva, con una adecuada educación sexual desde la infancia, fomentando la comunicación afectiva en la familia, que permita, a las y los adolescentes tomar decisiones adecuadas en su salud sexual y reproductiva; con la participación de un equipo multidisciplinario, integrado por profesionales de la salud y de la educación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcón R, Coello J, Cabrera J, Monier G. (2009). Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Enfermería*. Vol. 25 (1-2); 1-14.

Avila G, Barbena M, Argüello P. (2011). Factores de riesgo asociados a los adolescentes en comunidades urbano-marginales de Comayagüela. *Revista Médica Hondureña*. Vol. 79 (2); 68-72.

Banco Mundial. (2012). Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y El Caribe. Washington D.C. Banco Mundial. pp. 32.

Baeza B, Póo A, Vásquez O, Muñoz S, Vallejos S. (2007). Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la Novena Región. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. Vol. 72 (2); 76-81.

Blázquez S, Torres I, Pavón P, Gogearcoechea C, Blázquez C. (2010). Estilos de vida en embarazadas adolescentes. *Salud en Tabasco*. Ene – Abr. Vol. 16 (1); 883-890.

Breinbauer C, et al. (2008). Jóvenes: opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Washington D.C. Editorial OPS.

Binstock G, Näslund-Hadley E. (2010). Iniciación sexual, asistencia escolar y embarazo adolescente en sectores populares de Asunción y Lima: una aproximación cualitativa. *Debates en Sociología*. N° 35; 45-67, ISSN 0254-9220.

Bunge M. (1971). La ciencia, su método y su filosofía. Buenos Aires. Siglo XX.

Congreso de la República. (2001). Ley N° 27337: Nuevo código de los niños y adolescentes. Disponible en http://www.mimp.gob.pe/yachay/files/Ley_27337.pdf

Cueva V, Olvera J, Chumacera R. (2005). Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. Vol. 43 (3); 267-71.

Chávez V. (2006). Incidencia y factores que influyen en el embarazo de adolescentes de 15 a 19 años de edad en el Centro de Salud Aparicio Pomares 2006. Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciado en Obstetricia. Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

Chunga K. (2015). Factores que influyen en el embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta Luján – Huacho, 2015. Lima. Editorial Universidad Alas Peruanas.

De la Cuesta C. (2001). Tomarse en el amor en serio: el contexto del embarazo en la adolescencia en Colombia. *J Transcultural Nursing*. Vol. 12 (3); 180-92.

Della M. (2005). Uso de métodos anticonceptivos en relación con la información sexual en una muestra de adolescentes embarazadas. *Revista Psicología y Salud*. Ene a Jun 2005. Vol. 15(1); 45-56.

Diallo, Yacouba, et al. (2010). *Global Child Labour Developments: Measuring trends from 2004 to 2008*. Organización Internacional del Trabajo. Ginebra. 19 Tabla Estadística 9; 120.

Diego P, Huarcaya G. (2008). Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal, 2008. Tesis para optar al grado de Licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú.

Donas S, et al. (2001). Marco epidemiológico conceptual de la salud integral y el desarrollo humano de los adolescentes. *Adolescencia y juventud en América Latina*. Libro Universitario Regional. 471-90.

Dulanto E. (2000). *El Adolescente*. México. Editorial Mc. Graw – Hill Interamericana.

Flórez C. (2005). Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol 18 (6); 388-402.

Flórez C, Soto V. (2013). Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. Estudio a profundidad basado en las Encuestas

Nacionales de Demografía y Salud – ENDS – 1990/2010. ISBN: 978-958-8164-38-0 (Internet).

García P, Cotrina A, Cárcamo C. (2008). Sexo, prevención y riesgo. Adolescentes y sus madres frente al VIH y las ITS en el Perú. Proyecto Fortalecimiento de la prevención y control del SIDA y la tuberculosis en el Perú.

Gómez P, Molina R, Zamberlin N, Távara L. (2011). Factores relacionados con el embarazo y la mortalidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe. Lima. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG).

González, J. (2009). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una Población Adolescente Escolar. Revista de Salud Pública. Vol. 11 (1); 14-26.

Guevara W. (2013). Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores psicosociales asociados, en colegios de Cuenca – Ecuador, 2012. Tesis para obtener el grado de especialista en Ginecología y Obstetricia. Universidad de Cuenca, Ecuador.

Guzmán J, Falconier M, Hakkert R, Contreras J. (2006). Políticas de población para adolescentes: diagnóstico de situación y políticas de salud sexual y reproductiva. New York. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Working Papers Series CST/ LACNO Report No: 9.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - Nacional y Departamental. Lima. INEI.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2010). ENDES continua 2009. Lima: INEI.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2012). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima: INEI.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2013). Estado de la población peruana 2014.

Krauskopf D. (2007). Adolescencia y educación. 2ª edición. San José. EUNED, Editorial Boixareu Universitaria.

Luna C. (2008). Embarazo adolescente en Perú. Lima: Informe de consultoría para UNFPA.

Luna M, Silva X. (2013). Conocimientos y factores culturales relacionados al embarazo en adolescentes ingresadas en sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Materno Infantil Chinandega, segundo trimestre 2013. Tesis para optar el Título de Licenciada en Ciencias de Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Macías C, Murillo E. (2011). Embarazo en adolescentes de 10 a 19 años de edad que acuden a la consulta de Gineco-obstetricia del Centro Materno Infantil de Andrés de Vera de enero a septiembre del 2010. Tesis para obtención del Título de médico cirujano. Portoviejo: Universidad Técnica de Manabí.

Marin F, Villafañe G, Gurza A. (2006). La relación familiar como un factor que predice el embarazo adolescente. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Vol 9(3); 24-42.

Mendoza W, Subiría G. (2013). El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Vol 30(3); 471-9.

Mengole T, Lannacone J. (2010). Factores socioculturales, conocimiento y actitudes de las primigestas adolescentes y no adolescentes frente al embarazo en el Hospital José Agurto Tello Chosica, Lima, Perú, 2009. Universidad Nacional Federico Villarreal. Escuela Universitaria De Post – Grado. Facultad de Ciencias Naturales y Matemática. En: TheBiologist (Lima). Vol 8; 164-78.

Ministerio de Educación. (2008). Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral 2008. Disponible en <http://tutoria.minedu.gob.pe/assets/lineamientos-educativos-y-orientaciones-pedagogicos-para-educacion-sexual-integral.pdf>.

Ministerio de Educación. (2010). Plan multisectorial de educación sexual integral 2010-2015. Lima: Documento de trabajo.

Ministerio de Salud. (2013). Plan multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2013 - 2021. Disponible en <http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20131106-MINSA-Plan-Prevencion-Embarazo-Adolescente.pdf>.

Ministerio de Salud. (2005). Manual de habilidades sociales en adolescentes escolares. Dirección Ejecutiva de Educación para la Salud; Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado / Hideyo Noguchi”. Lima-Perú. Disponible en http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/170_adolesc.pdf.

Miranda R. (2005). Factores biopsicosociales relacionadas al embarazo en adolescentes del Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa el Salvador – 2005. Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Molina R. (1992). Adolescencia y embarazo. En: Pérez Sánchez A., Donoso Siña E. Obstetricia. 2. ed. Santiago de Chile. Publicaciones Técnicas Mediterráneo.

Mosquera J. (2007). Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años del Municipio de Buena Ventura, Colombia. Tesis para optar el grado de Magíster en Epidemiología. Universidad del Valle.

Mujica J, Zevallos N, Vizcarra S. (2013). Estudio de estimación del impacto y prevalencia de la violencia sexual contra mujeres adolescentes en un distrito de la Amazonía peruana. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Lima – Perú.

Organización Mundial de la Salud. (1994). Acción para el siglo XXI. Salud y derechos reproductivos para todos. New York: Family Care International.

Organización Mundial de la Salud. (2008). Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health. 28–31. Geneva.

Organización Mundial de la Salud. (2014). El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva N° 364. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.

Organización Panamericana de la Salud. (2011). Ministerio de la Protección Social Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. pp. 1 - 915.

Osorio R. (2013). Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2013. Tesis para optar el título de médico cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima – Perú.

Papalia D, Wendkos S. (2001). Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia. 5ª Edición. México. Editorial Mc. Graw Hill. pp 568-90.

Pelechano V. (1994) Inteligencia social y habilidades interpersonales. Análisis de modificación de conducta. Universidad de Huelva. Vol 10 (26).

Pérez A, Medina C, Alcaraz M, Berenguer M. (2001). Factores sociales asociados al embarazo precoz en el Área de Salud “28 de Setiembre”. MEDISAN. Vol 5(1); 31-34.

Pinzón A, Aguilera P, Ruiz A. (2010). Asociación de las violencias física, sexual y comunitaria con el embarazo en adolescentes: análisis multinivel. Tesis de Maestría en Epidemiología. Universidad del Rosario.

Poo A, Baeza B, Capel P, Llano M, Tuma D, Zuñiga D. (2005). Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. Revista Sogia. Vol 12(1); 17-24.

Profamilia. (2006). Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005: resultados Antioquía y Medellín. Bogotá: Profamilia.

Quesada M, Romero M, Prieto M, Rodríguez, C. (2014). Caracterización social del embarazo en la adolescencia. Revista Archivo Médico de Camagüey. Vol14 (3).

Rea C. (2012). La influencia de la violencia intrafamiliar para el embarazo en las adolescentes. Informe final del trabajo de Titulación de Psicóloga Clínica. Universidad Central del Ecuador. Quito.

Roa Y. (2008). Meta-análisis cualitativo de las investigaciones sobre el embarazo adolescente. Red Internacional de Ciencia y Tecnología.

Rodríguez M. (2008). Factores de riesgo para embarazo adolescente. Medicina UPB. Vol. 27(1); 47-58.

Salazar A, et al. (2007). Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de El Agustino, Lima-Perú. Revista Horizonte Médico. Vol 7(2).

Sampieri (2008). Metodología de la Investigación. 10^{ma} edición. Editorial McGraw-Hill.

Santrock W. (2003). Psicología del desarrollo en la adolescencia. 9^a Edición. México. Editorial McGraw Hill – Interamericana.

Schonert R. (2000). Children and youth at risk: some conceptual considerations. Pan Canadian Education Research Agenda Symposium.

Tapia P. (2002). Factores causales del embarazo en madres jóvenes, en el Centro de Salud Raúl Porras Barrenechea, en los periodos de Marzo – Noviembre, 2001. Lima. Ginecología y Obstetricia. Vol 30 (2); 101 – 109.

Távora L. (2015). Impacto del embarazo en la salud de las adolescentes (Perú). Lima. PROMSEX.

Távora L. (2004). Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Vol 50(2);111-22.

Trinidad K, Chávez V, Carrasco B, Sánchez E. (2015). Percepción de la relación afectiva con los padres como principal factor que influye sobre el embarazo en adolescentes en Veracruz, México. Revista sobre la infancia y la adolescencia. Número 8; 75-83.

Trudel M, Puentes G. (2000). The contemporary concepts of at risk children: theoretical models and approaches in the early years. Pan Canadian Education Research Agenda Symposium, Adolescence.

UNFPA. (2012). Prevención del embarazo adolescente en el Perú. Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.

UNFPA. (2013). Estado de la Población mundial 2013. Maternidad en la Niñez. New York. UNFPA. pp. 132.

UNICEF. (2015). Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en América Latina y El Caribe a partir de evidencia cuantitativa reciente.

UNICEF. (2013). Segundo informe anual de avances del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia.

UPCH y Consorcio por el Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes. (2005). Estudio Diagnóstico en Adolescentes en el Perú. Comportamientos sexuales y acceso al condón.

Urrea F, Congolino ML, Herrera HD, Reyes JI, Botero W. (2006). Comportamientos sexuales e incidencia de los programas de salud sexual y reproductiva en estudiantes de secundaria de sectores populares y de la universidad pública en la ciudad de Cali, Colombia. Cad. Saúde Pública. 22(1).

Valdivia M. (2010). Maternidad adolescente en el Perú: Qué tan importante son los factores culturales? Lima. GRADE.

Vallejos J. (2008). Las habilidades sociales y la sexualidad en adolescentes embarazadas y no embarazadas. Revista Salud, Sexualidad y Sociedad. Vol 1(1,2).

Vázquez A, Guerra C, Herrera V, De la Cruz F, Almirall Ángel (2001). Embarazo y adolescencia: Factores biológicos materno y perinatal más frecuentes. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 27(2), 158-164.

Vinaccia S, Quiceno J, Morenon E. (2007). Resiliencia en adolescentes. Revista Colombiana de Psicología. Vol 16; 139-146.

Anexo 1

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

CARTA DE PERMISO

Factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes, Centro Materno
Infantil José Gálvez, Lima – Perú, 2014

José Gálvez,.....

Señor Doctor

EDUARDO PONCE RODRÍGUEZ

Director de la Microrred José Gálvez – Nueva Esperanza

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y, a la vez, molestar su atención para solicitarle tenga a bien autorizar la realización de encuestas y entrevistas a las usuarias del Servicio de Obstetricia del Centro Materno Infantil José Gálvez, como parte del Trabajo de Investigación (Tesis) para la obtención del Grado Académico de Magíster en Salud Pública, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Agradeciendo de antemano, la atención a la presente, me despido de usted reiterándole los sentimientos de mi consideración.

Atentamente,

Lic. Verónica Amao Degollar

DNI 10347747

Anexo 2

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes, Centro Materno

Infantil José Gálvez, Lima – Perú, 2014

FORMULARIO DE SELECCIÓN

ID: _____

Fecha : ____/____/____

Versión 1.0

Hora: _____

Caso Control

[] []

	SI	No
Criterios de inclusión		
1. Aceptar ingresar al estudio	[]	[]
2. Adolescente entre 10 a 19 años	[]	[]
3. Edad entre 20 a 35 años	[]	[]
4. Estar gestando	[]	[]
5. Acude al Centro Materno Infantil José Gálvez.	[]	[]
Criterios de exclusión		
6. Presentar alguna patología posparto	[]	[]
7. Vivir fuera de la jurisdicción	[]	[]

Para ser considerado **caso**, se requiere marcar una “X” en el casillero “caso”, tiene que marcar “X” en los casilleros correspondientes a “Si” en los numerales 1, 2, 4 y 5. Asimismo, se tendrá que marcar una “X” en los casilleros correspondientes a “No” en los numerales 3, 6, y 7.

Para ser considerado **control** se requiere marcar una “X” en el casillero “control”, tiene que marcar “X” en los casilleros correspondientes a “Si” en los numerales 1, 3, 4 y 5. Asimismo, se tendrá que marcar una “X” en los casilleros correspondientes a “No” en los numerales 2, 6, y 7.

Anexo 3.1.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes, Centro Materno Infantil José Gálvez, Lima – Perú, 2014

ASENTIMIENTO Y PERMISO

Verónica Arnao Degollar	Milena López Sánchez
Investigadora Principal	Asesora
Universidad Nacional Mayor de San Marcos	Dpto. Académico de Obstetricia
banis24@hotmail.com	Universidad Nacional Mayor de San Marcos
996238555	987925291

La participación en el estudio será voluntaria y no será penalizado ni perderá beneficios ante la negativa o en caso en que decida dejar de hacerlo. Al firmar este documento significa que el estudio de investigación, incluyendo la información, han sido descritas a usted oralmente, y que usted está de acuerdo. Antes que acepte, el investigador le tiene que hablar acerca de a) los propósitos (duración, método, muestra, procesamiento de datos), b) beneficios, c) autonomía y d) confidencialidad del estudio.

Propósito del estudio

El presente estudio cuenta con dos (2) etapas: una primera denominada cuantitativa y una segunda denominada cualitativa. Este documento solamente se referirá a la etapa cuantitativa. El objetivo del estudio es determinar los factores individuales, familiares y sociales que ocasionan el embarazo en adolescentes. Para ello se ha pensado en realizar un estudio de “casos y controles”; este estudio tiene la ventaja de poder identificar factores, motivo de la investigación; el procedimiento consiste en ubicar a gestantes adolescentes (casos) indagarles los factores motivo de estudio y compararlas con otra gestante que no sea adolescente, las diferencias encontradas en estos grupos nos permitirá determinar los resultados y conclusiones del estudio. Para la realización del mismo se ha planteado de un muestreo de 60 adolescentes y 60 mujeres adultas embarazadas, la selección de las gestantes se realizará bajo la metodología de casos, es decir, se cuenta con un formulario de selección de participantes, los que cumplan estos criterios serán invitados a participar hasta cumplir con la cuota requerida. El estudio contará con una serie de documentos, algunos son entrevistas, otros son cuestionarios, que serán aplicados a las participantes. Se espera que esta etapa no dure más de media hora por participante. Posteriormente todos los documentos serán identificados a través de códigos preestablecidos y archivados. Al llegar a la cantidad requerida se procederá a analizar los datos a través de programas de procesamiento de datos, en este caso se utilizará el programa SPSS v 20 para Windows.

La utilización de los datos

Según los preceptos éticos, los datos de este estudio se utilizarán únicamente para efectos de investigación, es decir, cualquier otro uso que no sea el que se indica, tendrá que realizarse previo permiso escrito por el afectado. En este caso, los datos serán utilizados en esta investigación, pudiéndose utilizar para investigaciones posteriores, siempre y cuando cumplan con los requisitos del método científico.

Beneficio

Toda investigación finaliza con algún beneficio luego del análisis de los datos: para los participantes en la investigación el primer beneficio encontrado es que no se afectarán de ningún evento físico o psicológico, el segundo beneficio está enmarcado en que su información nos permitirá mejorar las atenciones de salud en este grupo poblacional. Para la investigadora, esta investigación le permitirá obtener su grado académico y para la institución el beneficio está enmarcado en el desarrollo científico, rol de la universidad.

Autonomía

Para garantizar la autonomía en la participación del estudio, ésta se realizará inicialmente con la colocación de fecha y hora correlativa en los siguientes documentos: criterios de selección, asentimiento y permiso, formularios de entrevista y cuestionarios, es decir, la hora del registro del asentimiento y permiso tendrá que ser posterior al de selección; asimismo, la hora del asentimiento y permiso tiene que ser posterior a la realización de las entrevistas y cuestionarios, garantizando así, que se cumplieron los pasos explicativos y dejando tiempo para que cada participante tome la decisión. En cualquier momento del estudio las participantes pueden dejar de seguir participando; incluso, para garantizar este evento, luego de recolección de los datos, se entregará copias de este asentimiento indicándose suficientes referentes para comunicarse con los investigadores.

Confidencialidad

Posiblemente usted verá que la investigadora, una vez recolectado los datos, los respectivos formularios los colocará en sobres Manila o en fólder, para su transporte. Toda la información que se recolectará será de forma anónima en el momento del estudio y posteriormente se guardarán en archivadores junto con una copia de este documento. Con respecto a la utilización de los datos registrados en la base de datos, estos serán con código anónimo.

Si usted está de acuerdo en participar, se le tiene que dar una copia firmada de este documento. Puede contactarse con Verónica Arnao Degollar al (+511) 996238555, profesional que realiza estudios de Maestría en Salud Pública en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, para cualquier interrogante que usted tenga acerca de la investigación. Comprendo que se realizará un estudio de investigación enfocado en estudiar factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes en el Centro Materno Infantil José Gálvez, en el año 2014. Sé que las respuestas a las preguntas serán utilizadas para fines de investigación y no se identificará de ninguna manera una vez firmado el presente documento. También se informó que la participación o no, no afectará los servicios que cualquier miembro de mi familia puedan recibir de los proveedores de salud. Comprendo que el resultado de la investigación será presentado a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y con el cuál la señorita Verónica Arnao Degollar, alumna del post grado de esta universidad, obtendrá su grado académico de Magíster en Salud Pública.

Una vez leído este documento, paso a autorizar mediante mi firma y nombre completo mi participación

_____ Nombre investigador	_____ Firma Investigador	_____ Fecha	_____ hora
_____ Nombre del Responsable	_____ Firma Responsable		
_____ Nombre participante	_____ Firma Participante (opcional)		

Anexo 3.2.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes, Centro Materno

Infantil José Gálvez, Lima – Perú, 2014

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Verónica Arnao Degollar Investigadora Principal Universidad Nacional Mayor de San Marcos banis24@hotmail.com 996238555	Milena López Sánchez Asesora Dpto. Académico de Obstetricia Universidad Nacional Mayor de San Marcos 987925291
---	---

La participación en el estudio será voluntaria y no será penalizado ni perderá beneficios ante la negativa o en caso en que decida dejar de hacerlo. Al firmar este documento significa que el estudio de investigación, incluyendo la información, han sido descritas a usted oralmente, y que usted está de acuerdo. Antes que acepte, el investigador le tiene que hablar acerca de a) los propósitos (duración, método, muestra, procesamiento de datos), b) beneficios, c) Autonomía y d) confidencialidad del estudio.

Propósito del estudio

El presente estudio cuenta con dos (2) etapas: una primera denominada cuantitativa y una segunda denominada cualitativa. Este documento solamente se referirá a la etapa cuantitativa. El objetivo del estudio es determinar los factores individuales, familiares y sociales que ocasionan el embarazo en adolescentes. Para ello se ha pensado en realizar un estudio de “casos y controles”, este estudio tiene la ventaja de poder identificar factores, motivo de la investigación; el procedimiento consiste en ubicar a gestantes adolescentes (casos) indagarles los factores motivo de estudio y compararlas con otra gestante que no sea adolescente, las diferencias encontradas en estos grupos nos permitirá determinar los resultados y conclusiones del estudio. Para la realización del mismo se ha planteado de un muestreo de 60 adolescentes y 60 mujeres adultas embarazadas, la selección de las gestantes se realizará bajo la metodología de casos, es decir, se cuenta con un formulario de selección de participantes, los que cumplan estos criterios serán invitados a participar hasta cumplir con la cuota requerida. El estudio contará con una serie de documentos, algunos son entrevistas, otros son cuestionarios, que serán aplicados a las participantes. Se espera que esta etapa no dure más de media hora por participante. Posteriormente todos los documentos serán identificados a través de códigos preestablecidos y archivados. Al llegar a la cantidad requerida se procederá a analizar los datos a través de programas de procesamiento de datos, en este caso se utilizará el programa SPSS v 20 para Windows.

La utilización de los datos

Según los preceptos éticos los datos de este estudio se utilizarán únicamente para efectos de investigación, es decir, cualquier otro uso que no sea el que se indica, tendrá que realizarse previo permiso escrito por el afectado. En este caso los datos serán utilizados en esta investigación, pudiéndose utilizar para investigaciones posteriores, siempre y cuando cumplan con los requisitos del método científico.

Beneficio

Toda investigación finaliza con algún beneficio luego del análisis de los datos. Para los participantes en la investigación el primer beneficio encontrado es que no se afectarán de ningún evento físico o psicológico; el segundo beneficio está enmarcado en que su información nos permitirá mejorar las atenciones de salud en este grupo poblacional. Para la investigadora esta investigación le permitirá obtener su grado académico y para la institución el beneficio está enmarcado en el desarrollo científico, rol de la universidad.

Autonomía

Para garantizar la autonomía en la participación del estudio, ésta se realizará inicialmente con la colocación de fecha y hora correlativa en los siguientes documentos: criterios de selección, asentimiento y permiso, formularios de entrevista y cuestionarios, es decir, la hora del registro del asentimiento y permiso tendrá que ser posterior al de selección; asimismo, la hora del asentimiento y permiso tiene que ser posterior a la realización de las entrevistas y cuestionarios, garantizando así, que se cumplieron los pasos explicativos y dejando tiempo para que cada participante tome la decisión. En cualquier momento del estudio las participantes pueden dejar de seguir participando; incluso, para garantizar este evento, luego de recolección de los datos, se entregará copias de este asentimiento indicándose suficientes referentes para comunicarse con los investigadores.

Confidencialidad

Posiblemente usted verá que la investigadora una vez recolectado los datos, lo colocará en sobres Manila o en folders, para su transporte, toda la información que se recolectará será de forma anónima, en el momento del estudio y posteriormente se guardarán en archivadores junto con una copia de este documento. Con respecto a la utilización de los datos en la base de datos, estos serán con código anónimo.

Si usted está de acuerdo en participar se le tiene que dar una copia firmada de este documento. Puede contactarse con Verónica Arnao Degollar al (+511) 996238555, profesional que realiza estudios de Maestría en Salud Pública en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, para cualquier interrogante que usted tenga acerca de la investigación. Comprendo que se realizará un estudio de investigación enfocado en estudiar factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes en el Centro Materno Infantil José Gálvez, en el año 2014. Sé que las respuestas a las preguntas serán utilizadas para fines de investigación y no se identificará de ninguna manera una vez firmado el presente documento. También se informó que la participación o no, no afectará los servicios que cualquier miembro de mi familia puedan recibir de los proveedores de salud. Comprendo que el resultado de la investigación será presentado a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y con el cuál la señorita Verónica Arnao Degollar, alumna del post grado de esta universidad, obtendrá su grado académico de Magíster en Salud Pública.

Una vez leído este documento, paso a autorizar mediante mi firma y nombre completo mi participación

Nombre investigador

Firma Investigador

Fecha

hora

Nombre participante

Firma Participante

Anexo 4

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes, Centro Materno
Infantil José Gálvez, Lima – Perú, 2014

FORMULARIO DE ENTREVISTA

ID: _____

Fecha : ____/____/____

Versión 1.0

Hora: _____

I. DATOS GENERALES

1. Nivel Educativo

Sin instrucción	[0]
Primaria	[1]
Secundaria	[2]
Superior	[3]

2. Edad _____ (años)

3. Ocupación

Estudiante	[1]
Ama de casa	[2]
Independiente	[3]
Dependiente	[4]
Otro	[5]

4. Embarazo en adolescente

Si	[1]
No	[2]

EDUCACIÓN SEXUAL

5. Recepción de educación sexual

Si	[1]
No	[2]

6. Modo de obtención

Ninguno	[0]
Medios de comunicación	[1]
Establecimiento de salud	[2]
Amigos	[3]
Profesores	[4]
Padres	[5]
Hermanos	[6]
Otro	[7]

VIDA SEXUAL

7. Inicio de vida sexual

_____ (años)

8. Razones de primera experiencia sexual

Curiosidad	[1]
Deseo sexual	[2]
Amor	[3]
Temor a quedar sola	[4]
Presión de pareja	[5]
Presión de grupo	[6]
Deseo de embarazo	[7]
Otro	[8]

USO DE ANTICONCEPTIVOS

9. Utilización de anticonceptivo en primera relación sexual

Si [1]
No [2]

11. Lugar donde adquirió anticonceptivo

No adquirió [0]
Establecimiento de salud [1]
Farmacia o botica [2]
Amigos [3]
Tienda [4]
Otro [5]

13. Tipo de familia

Nuclear [1]
Incompleta [2]
Extensiva [3]

15. Violencia familiar

Si [1]
No [2]

10. Anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual

Ninguno [0]
Condón [1]
Píldoras [2]
Inyectable [3]
DIU [4]
Ritmo [5]
Retiro [6]
Otro [7]

12. Razón de no utilización de anticonceptivo en primera relación sexual

Si utilizó [0]
Falta de conocimiento [1]
No planeo tener relaciones [2]
No se consideró en riesgo [3]
No se atrevió a decirle a pareja [4]
Pareja no quiso [5]
Alteran la relación sexual [6]
Fallan con frecuencia [7]
Difícil acceso [8]
Deseaba un embarazo [9]
Produce trastornos físicos [10]
Otra razón [11]

14. Dinámica familiar

Ambos padres [1]
Un solo padre [2]
Ningún padre [3]

16. Tipo de violencia familiar

Ninguno [0]
Física [1]
Psicológica [2]
Sexual [3]

NIVEL EDUCATIVO DE PADRES

17. Nivel educativo del padre

Sin instrucción [0]
Primaria [1]
Secundaria [2]
Superior [3]

18. Nivel educativo de la madre

Sin instrucción [0]
Primaria [1]
Secundaria [2]
Superior [3]

COMUNICACIÓN CON LOS PADRES

19. Comunicación con el padre

Buena	[1]
Regular	[2]
Mala	[3]

21. Consulta a padre sobre sexualidad

Si	[1]
No	[2]

23. Antecedente de embarazo adolescente en la familia

Si	[1]
No	[2]
No sabe	[3]

20. Comunicación con la madre

Buena	[1]
Regular	[2]
Mala	[3]

22. Consulta a madre sobre sexualidad

Si	[1]
No	[2]

Anexo 5

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes, Centro Materno
Infantil José Gálvez, Lima – Perú, 2014

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS S.R.Q.18.

ID: _____

Fecha : ____/____/____

Versión 1.0

Hora: _____

Factores emocionales	-	Cuestionario de Síntomas S.Q.R.18	Presencia de trastorno emocional Ausencia de trastorno emocional
----------------------	---	-----------------------------------	---

1. ¿Tienes dolores frecuentes de cabeza?	SI	NO
2. ¿Tienes mal apetito?	SI	NO
3. ¿Duermes mal?	SI	NO
4. ¿Te asustas con facilidad?	SI	NO
5. ¿Te tiemblan las manos?	SI	NO
6. ¿Te sientes nervioso o tenso?	SI	NO
7. ¿Sufres de mala digestión?	SI	NO
8. ¿Eres incapaz de pensar con claridad?	SI	NO
9. ¿Te sientes triste?	SI	NO
10. ¿Lloras con frecuencia?	SI	NO
11. ¿Tienes dificultad en disfrutar tus actividades diarias?	SI	NO

12. ¿Tienes dificultad para tomar decisiones?	SI	NO
13. ¿Tienes dificultad para hacer tus tareas o trabajo?	SI	NO
14. ¿Tu rendimiento escolar o tu trabajo se ha visto afectado?	SI	NO
15. ¿Sientes que ahora no puedes hacer las mismas cosas que antes?	SI	NO
16. ¿Has perdido interés en las cosas?	SI	NO
17. ¿Te sientes aburrido?	SI	NO
18. ¿Has tenido la idea de acabar con tu vida?	SI	NO
19. ¿Te sientes cansado todo el tiempo?	SI	NO
20. ¿Sientes que alguien ha tratado de molestarte en alguna forma?	SI	NO
21. ¿Eres una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	SI	NO
22. ¿Has notado interferencia o algo raro en tu pensamiento?	SI	NO
23. ¿Oyes voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	SI	NO
24. ¿Has tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimiento de brazos y piernas; con mordedura de lengua o pérdida del conocimiento?	SI	NO
25. ¿Alguna vez le ha parecido a tu familia, tus amigos, tu médico o tu sacerdote que estabas bebiendo demasiado?	SI	NO
26. ¿Alguna vez has querido dejar de beber pero no has podido?	SI	NO
27. ¿Has tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos?	SI	NO
28. ¿Has estado en peleas o te han arrestado estando borracho?	SI	NO
29. ¿Te ha parecido alguna vez que has bebido demasiado?	SI	NO

Anexo 6A

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

PRUEBA DE CONOCIMIENTO EN SEXUALIDAD

ID: _____

Fecha : ____/____/____

Versión 1.0

Hora: _____

Nivel de conocimiento en educación sexual	Prueba	Alto = 18 a 20 Medio = 14 a 17 Bajo = 0 a 13
---	--------	--

1. ¿Cuál de estos cuatro títulos corresponde a cada definición? Escribe el título que corresponde en la línea delante de la definición: (4 puntos)

Sexo - Autoestima - Género - Salud Sexual y Reproductiva

- a) es el estado de completo bienestar físico, psicológico y social de las personas que les permite tener hijos sanos y llevar una vida sexual sana.
 - b) es con lo que nacemos y no podemos cambiar, que diferencia al varón de la mujer.
 - c) es lo que aprendemos de la familia y la sociedad y que podemos cambiar si queremos.
 - d) es la confianza, aprecio y respeto que tiene una persona por sí misma.
2. ¿Qué es planificación familiar? Marque la respuesta correcta: (2 puntos)
- a) Es un tratamiento para ser padres responsables.
 - b) Es la responsabilidad de no tener hijos.
 - c) Es la libertad de tener hijos.
 - d) Es la decisión libre y responsable para elegir cuántos hijos tener.
3. ¿Cuál de estos órganos son del varón y cuáles de la mujer? Une la palabra con el dibujo que le corresponde: (5 puntos)
- Próstata
 - Pene
 - Útero
 - Vulva



- Vesículas seminales
- Vagina
- Trompas de Falopio
- Testículos
- Ovarios
- Conductos deferentes



4. ¿La fertilidad de la mujer (capacidad de tener hijos) se inicia?: (1 punto)
- a) Con la primera relación sexual.
 - b) Con la primera menstruación (menarquía).
 - c) Luego de los 10 años.
 - d) Luego de los 15 años.
 - e) No sabe / no opina
5. ¿Cuándo existe más riesgo de quedar embarazada?: (1 punto)
- a) Una semana antes de la menstruación.
 - b) Una semana después del inicio de la menstruación.
 - c) Durante la menstruación.
 - d) Dos semanas después del inicio de la menstruación.
 - e) No sabe / no opina
6. Coloque V o F según corresponda: (2 puntos)
- a) La única forma de relación sexual es mediante la penetración. ()
 - b) El hombre puede eliminar espermatozoides antes de la eyaculación. ()
 - c) La primera vez que tienes relaciones coitales no pasa nada. ()
 - d) Las infecciones de transmisión sexual no se dan en adolescentes. ()
7. Coloca en las líneas los títulos que les corresponde a cada definición. (4 puntos)
Fecundación – Implantación – Eyaculación – Ovulación
- a) es la salida del óvulo del ovario.
 - b) es la unión del óvulo con el espermatozoide.
 - c) es cuando el huevo se instala en el útero.
 - d) es la expulsión del semen por el pene.
8. ¿Qué es la fecundación?: (1 punto)
- a) Es la salida del óvulo del ovario.
 - b) Es la unión del óvulo con el espermatozoide.
 - c) Es la implantación del huevo en el útero.
 - d) Es la capacidad de tener hijos.

Anexo 6 B

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

ID: _____

Fecha : ____/____/____

Versión 1.0

Hora: _____

Nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos	Cuestionario de conocimientos	Alto = Conoce todos los aspectos. Medio = Conoce sólo los aspectos indispensables. Bajo = No conoce los aspectos indispensables.
--	-------------------------------	--

Escriba con una X en la columna que corresponda:

A: Recuerda el método sin ayuda del entrevistador.

B: Recuerda el método si el entrevistador se lo menciona.

C: No lo menciona o no lo recuerda.

1. ¿Qué métodos anticonceptivos conoce?

	A	B	C
Píldora	[1]	[2]	[3]
Inyectable	[1]	[2]	[3]
T de Cobre o DIU	[1]	[2]	[3]
Condón	[1]	[2]	[3]
Método del ritmo	[1]	[2]	[3]
Ligadura de trompas	[1]	[2]	[3]
Vasectomía	[1]	[2]	[3]

2. ¿Qué sabe sobre el método?

Leyenda:

* Aspectos indispensables

- Otros aspectos

	PREMISAS	
	SI	NO
Píldoras		
* Es un método temporal seguro si se toma todos los días.		
* Lo toma la mujer por vía oral, una cada día.		
- Evita la salida del óvulo de la mujer.		
- Viene en sobres de 21 o 28 píldoras.		

	PREMISAS	
	SI	NO
Inyectables		
* Método temporal seguro si se aplica en la fecha correcta.		
* Se aplica cada 3 meses.		
- Se aplica a la mujer en la nalga.		

	PREMISAS	
	SI	NO
T de Cobre		
* Se coloca en el útero de la mujer.		
* Puede ser retirado en cualquier momento.		
- Es un objeto pequeño de plástico con hilos de cobre.		
- Protege del embarazo por 10 años.		
- Lo coloca un profesional de salud entrenado.		

	PREMISAS	
Condón	SI	NO
- Es un método temporal.		
- Es una bolsita de jebe que usa el hombre.		
- Evita la entrada de espermatozoides en la vagina.		
* Se debe usar un nuevo condón en cada relación sexual.		
* Se debe mirar la fecha de vencimiento del condón.		

	PREMISAS	
Ligadura de trompas	SI	NO
* Es un método definitivo para la mujer.		
- Operación sencilla que realiza el médico en un hospital.		
- Se cierran los conductos que comunican ovarios y útero.		

	PREMISAS	
Vasectomía	SI	NO
* Es un método definitivo para el varón.		
- Operación sencilla que el médico realiza en un hospital.		
- Se cierran conductos por donde pasan espermatozoides.		

	PREMISAS	
--	----------	--

Ritmo	SI	NO
- Es un método natural que puede usar la pareja.		
- Evitar relaciones sexuales durante los días de ovulación.		
* Funciona solo si la mujer tiene ciclos regulares.		
* Es eficaz si la pareja respeta los días de peligro.		

Anexo 7

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes, Centro Materno
Infantil José Gálvez, Lima – Perú, 2014

TEST DE EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES

ID: _____

Fecha : ____/____/____

Versión 1.0

Hora: _____

Habilidades sociales	-	Test de evaluación de habilidades sociales	(MB) Muy bueno = 5 (Bu) Bueno = 4 (Pr) Promedio = 3 (Ba) Bajo = 2 (Mb) Muy bajo = 1
----------------------	---	--	---

HABILIDAD	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Prefiero callarme lo que pienso para evitarme problemas.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
2. Si un amigo (a) habla mal de mí le insulto.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
3. Si necesito ayuda la pido de buena manera.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
4. Me es difícil felicitar a la persona que hace algo bueno.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
5. Agradezco cuando alguien me ayuda.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
6. Me acerco a saludar a mi amigo (a) cuando cumple años.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
7. Si un, amigo (a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
8. Cuando me siento triste prefiero no hablar de lo que me pasa.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
9. Le digo a mi amigo (a) cuando hace algo que no me agrada.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

10. Protesto en voz alta cuando alguien se cuela delante de mí.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
11. Si una persona mayor me ofende le insulto. *	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
12. No hago caso cuando mis amigos me presionan para hacer lo que ellos quieren.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
13. Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
14. Pregunto cada vez que sea necesario para atender lo que me dicen.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
15. Miro a los ojos cuando alguien me habla.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
16. Cuando hablo no me dejo entender. *	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
17. Pregunto a las personas si me han entendido.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
18. Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que escuchen y me entiendan mejor.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
19. Hago las cosas sin pensar.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
20. Si estoy tensa trato de relajarme para ordenar mis pensamientos.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
21. Antes de opinar ordeno mis ideas con calma.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
22. Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
23. No me siento conforme con mi aspecto físico. *	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
24. Me gusta verme arreglada.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
25. Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta de que estoy equivocado.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
26. Me da vergüenza reconocer mis errores. *	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
27. Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
28. Puedo hablar sobre mis temores.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
29. Cuando algo me sale mal no sé cómo expresar mi cólera.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
30. Comparto mi alegría con mis amigos (as).	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
31. Me esfuerzo para ser mejor estudiante.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

32. Guardo los secretos de mis amigos (as).	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
33. Me niego hacer tareas de mi casa. *	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
34. Pienso en varias soluciones frente a un problema.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
35. Me decido por lo que la mayoría prefiere. *	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
36. Pienso en las posibles consecuencias de mis decisiones.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
37. No me agrada hablar sobre mi futuro. *	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
38. Hago planes para mis vacaciones.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
39. Busco apoyo de otras personas para decidir algo importante para mi futuro.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
40. Me cuesta decir no.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
41. Mantengo mi idea cuando veo que mis amigos están equivocados.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
42. Rechazo una invitación sin sentirme culpable.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

Anexo 8

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes, Centro Materno
Infantil José Gálvez, Lima – Perú, 2014

HOJA DE RUTA

ID: _____

Fecha : ____/____/____

Versión 1.0

Hora: _____

Momento	Actividad	
Introducción	Ubicar a la participante adolescente.	
	Invitarla a participar en el estudio.	
Selección	Aplicar los criterios de selección (Anexo 2).	
	Registrar fecha y hora.	
Ética	Explicar el estudio.	
	Escribir en formulario de asentimiento y permiso (Anexo 3.1).	
	Firmar el consentimiento informado.	
	Colocar fecha y hora al formulario.	
Recolección	Realizar la entrevista utilizando formulario de entrevista (Anexo 4).	
	Entregar el Cuestionario de Síntomas S.Q.R.18 (anexo 5) y lapicero.	
	Entregar luego formulario de conocimiento (anexo 6).	
	Entregar Test de Evaluación de Habilidades Sociales (Anexo 7).	
Despedida	Agradecer por participación.	
Introducción	Buscar el control, a través de variables control.	
	Ubicar participante adulta.	
Selección	Aplicar los criterios de selección (Anexo 2).	
	Registrar fecha y hora.	

Ética	Explicar el estudio.	
	Escribir en formulario de consentimiento informado (Anexo 3.2).	
	Firmar el formulario asentimiento y permiso.	
	Colocar fecha y hora al formulario asentimiento y permiso.	
Recolección	Realizar la entrevista utilizando formulario de entrevista (Anexo 4).	
	Entregar el Cuestionario S.Q.R.18. (Anexo 5) y lapicero.	
	Entregar luego formulario de conocimiento (anexo 6).	
	Entregar Test de Evaluación de Habilidades Sociales (Anexo 7).	
Despedida	Agradecer por participación.	

Marcar con un (✓) cuando la actividad haya sido realizada

Anexo 9

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes, Centro Materno
Infantil José Gálvez, Lima – Perú, 2014

FORMULARIO DE SELECCIÓN

ID: _____

Fecha : ____/____/____

Versión 1.0

Hora: _____

	SI	No
Criterios de inclusión		
1. Haber participado en la primera etapa	[]	[]
2. Aceptar continuar en el estudio	[]	[]
3. Estar dispuesta a participar en el grupo focal	[]	[]
4. Estar dispuesta a ser grabada	[]	[]
Criterios de exclusión		
5. Discapacidad que impide responder adecuadamente.	[]	[]

Para participar en el grupo focal se requiere reunir a 10 participantes que cumplan los numerales del 1 al 4 en Si y No en el numeral 5.

Anexo 10

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes, Centro Materno
Infantil José Gálvez, Lima – Perú, 2014

ASENTIMIENTO Y PERMISO

Verónica Arnao Degollar Investigadora Principal Universidad Nacional Mayor de San Marcos banis24@hotmail.com 996238555	Milena López Sánchez Asesora Dpto. Académico de Obstetricia Universidad Nacional Mayor de San Marcos 987925291
---	---

La participación en el estudio será voluntaria y no será penalizado ni perderá beneficios ante la negativa o en caso en que decida dejar de hacerlo. Al firmar este documento significa que el estudio de investigación, incluyendo la información, han sido descritas a usted oralmente, y que usted está de acuerdo. Antes que acepte, el investigador le tiene que hablar acerca de a) los propósitos (duración, método, muestra, procesamiento de datos), b) beneficios, c) Autonomía y d) confidencialidad del estudio.

Propósito del estudio

El presente estudio cuenta con dos (2) etapas: una primera denominada cuantitativa y una segunda denominada cualitativa. Este documento solamente se referirá a la etapa cuantitativa. El objetivo del estudio es determinar los factores individuales, familiares y sociales que ocasionan el embarazo en adolescentes. Para ellos se ha pensado en realizar un estudio cualitativo, este estudio tiene la ventaja de poder identificar sentimientos, sensaciones, creencias y percepciones de las motivaciones de la gestante adolescente. Para la realización del mismo se ha planteado la participación de 10 adolescentes, la selección de las gestantes se realizará bajo la metodología de casos, es decir, se cuenta con un formulario de selección de participantes, los que cumplan estos criterios serán invitados a participar hasta cumplir con la cuota requerida. El estudio contará con la participación de las 10 participantes quienes conformarán el grupo de estudio, las cuales estarán reunidas juntas. Se espera que esta etapa no dure más de hora y media. Se procederá a grabar las conversaciones del grupo y luego a grabar y sistematizar el contenido.

La utilización de los datos

Según los preceptos éticos los datos de este estudio se utilizarán únicamente para efectos de investigación, es decir, cualquier otro uso que no sea el que se indica, tendrá que realizarse previo permiso escrito por el afectado. En este caso, los datos serán utilizados en esta investigación, pudiéndose utilizar para investigaciones posteriores, siempre y cuando cumplan con los requisitos del método científico.

Beneficio

Toda investigación finaliza con algún beneficio luego del análisis de los datos: para los participantes en la investigación, el primer beneficio encontrado es que no se afectarán de ningún evento físico o psicológico, el segundo beneficio está enmarcado en que su información nos permitirá mejorar las atenciones de salud en este grupo poblacional. Para la investigadora esta investigación le permitirá obtener su grado académico y para la institución el beneficio está enmarcado en el desarrollo científico, rol de la universidad.

Si usted está de acuerdo en participar, se le tiene que dar una copia firmada de este documento. Puede contactarse con Verónica Arnao Degollar al (+511) 996238555, profesional que realiza estudios de Maestría en Salud Pública en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, para cualquier interrogante que usted tenga acerca de la investigación. Comprendo que se realizará un estudio de investigación enfocado en estudiar factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes. Sé que las respuestas a las preguntas serán utilizadas para fines de investigación y no se identificará de ninguna manera una vez firmado el presente documento. También se informó que la participación o no, no afectará los servicios que cualquier miembro de mi familia puedan recibir de los proveedores de salud. Comprendo que el resultado de la investigación será presentado a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y con el cuál la señorita Verónica Arnao Degollar, alumna del post grado de esta universidad, obtendrá su grado académico de Magíster en Salud Pública.

Una vez leído este documento, paso a autorizar mediante mi firma y nombre completo mi participación

Nombre investigador

Firma Investigador

Fecha

hora

Nombre del Responsable

Firma Responsable

Nombre participante

Firma Participante (opcional)

Anexo 11

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes, Centro Materno
Infantil José Gálvez, Lima – Perú, 2014

GUIA DE SESION ENTREVISTA A PROFUNDIDAD A PERSONAS CLAVE

ID: _____

Fecha : ____/____/____

Versión 1.0

Hora: _____

El presente es una guía para la sesión de entrevista a profundidad a personas clave

Hora de inicio: _____ Hora de término: _____

Se trata de desarrollar en las adolescentes la discusión de los elementos de estudio, estos elementos serán desarrollados por la investigadora, que servirá de moderadora del evento.

Las preguntas sugeridas para la moderadora son las siguientes:

Factores individuales

1. ¿Cómo se caracteriza el inicio de la vida sexual en una gestante adolescente?
2. ¿Conocen los métodos anticonceptivos las adolescentes?
3. ¿Utilizan los métodos anticonceptivos? Si la respuesta es no ¿por qué?
4. ¿Cómo era su estado de ánimo antes de producirse el embarazo? ¿Cómo se sienten actualmente?

Factores familiares

5. ¿Cuál es la estructura familiar que predomina?

6. ¿Cómo es la presencia de los padres en el hogar?
7. ¿Cómo caracterizan las adolescentes la comunicación con los padres?
8. ¿El tema de sexualidad es compartido con los padres? Si la respuesta es no ¿por qué?
9. ¿Existe violencia familiar en los hogares de las gestantes adolescentes? Si la respuesta es sí, ¿cómo se caracteriza?

Factores sociales

10. ¿Las gestantes adolescentes poseen habilidades sociales? Si la respuesta es sí, ¿las aplican siempre? Si la respuesta es no ¿cómo afecta mi desenvolvimiento con el entorno?